

**CAPÍTULO III**  
**UN ANÁLISIS DE LOS PROCESOS COMUNES**



## CAPÍTULO III

# UN ANÁLISIS DE LOS PROCESOS COMUNES

---

---

### III.1 Introducción

**E**ste capítulo trata sobre cuatro de los procesos que han sido identificados como comunes a casi cualquier sistema de seguridad social y a casi todos los programas de aseguramiento que conforman la seguridad social de cada país. Estos procesos son: financiación (afiliación, recaudación y asignación), administración del riesgo, administración de la cuenta y atención al usuario, y entrega de beneficios monetarios. La necesidad de resolver de manera efectiva la administración de estos procesos también encuentra elementos que son comunes entre las instituciones (nacionales o descentralizadas) dentro de un país, define la necesidad de coordinar tareas entre las instituciones y programas de aseguramiento, y sugiere alternativas para resolver cuestiones sobre la integración o separación de programas e instituciones.

Estos cuatro procesos constituyen el sistema nervioso de un programa de seguridad social. Las instituciones pueden desempeñar su labor integrando completamente estos procesos comunes así como otros que son particulares a cada programa de aseguramiento. Este tipo de integración vertical ha sido, y frecuentemente es, una propuesta interesante en términos de costos operativos y de reducción de los problemas de coordinación. Por otro lado, la integración de funciones puede resultar en una falta de integración horizontal entre programas—la

cuestión de la "segmentación de la seguridad social"—y en altos costos operativos para las diferentes entidades de aseguramiento debido a la duplicación de estructuras administrativas.

Al igual que en otras áreas sociales, la solución óptima probablemente sea una combinación de: i) cooperación y competencia, ii) integración y coordinación de estructuras separadas, y iii) de procesos desarrollados dentro de la institución y subcontratados. De esta forma, la relevancia de este capítulo recae en definir las mejores soluciones disponibles a los problemas generales de regular y operar un sistema de protección social.

Los cuatro procesos se analizarán con base en estos argumentos. Es necesario mencionar que este capítulo sólo trata de las dificultades que enfrentan los procesos comunes de instituciones y seguros. No obstante, en los capítulos especializados, se verá que en la mayoría de los casos cada tipo de riesgo genera retos particulares. Por ejemplo, existe un conjunto de tareas que conforman el proceso de administración de la cuenta que podría ser unificado entre distintos seguros; por otro lado, la administración de riesgos específicos puede acarrear complejidades adicionales. En particular, la administración de la cuenta es un gran problema para el seguro de salud, un tanto menor para el seguro de invalidez general, y tal vez más simple para los programas de pensiones. Así, puede ser útil pensar

en este capítulo como un análisis del mínimo común denominador necesario para administrar las instituciones y los programas de protección social. En los siguientes capítulos se indagará más a fondo sobre sus características particulares.

### III.2 Financiación, Administración y Entrega de Beneficios

#### III.2.1 Financiación: Afiliación, Recaudación y Asignación

El tamaño de la población trabajadora que no se encuentra bajo la protección de la seguridad social es un problema común en los países del Continente Americano, con unas pocas excepciones. El tamaño de la economía informal, medida por lo general en términos de la falta de protección social, varía de un

20 a un 35 por ciento de los trabajadores en los países del Caribe de habla inglesa y en algunos países del Cono Sur, como Argentina, Chile y Uruguay. Esta cifra puede alcanzar un 70 por ciento en países como Perú y Paraguay (Cuadro III.1), y hasta más en algunos países de Centroamérica y el Caribe Latino. Incluso en los Estados Unidos, la falta de cobertura del seguro de salud se ve como un tema central de política.

Numerosos factores se han propuesto como las causas detrás de estos bajos niveles de aseguramiento. Dos de ellos yacen en el centro mismo de las discusiones. El primer factor es que los trabajadores y las empresas no valoran los beneficios tanto como las contribuciones. El segundo es que el costo administrativo en que se incurre para poner a funcionar estos programas es demasiado alto cuando

**Cuadro III.1**  
**Población Asegurada como Porcentaje de los Trabajadores**  
**en América Latina y el Caribe**

Países	Porcentaje
Anguila	85-100
Antigua y Barbuda	85-100
Argentina	63.6
Bahamas	70-85
Barbados	85-100
Belice	70-85
Brasil	60.4
Chile	93.2
Colombia	79.8
Costa Rica	79.5
Dominica	70-85
Ecuador	31.7
El Salvador	42.9
Granada	70-85
Guyana	50-70
Jamaica	20-25
México	49.1
Panamá	63.9
Paraguay	33.3
Perú	33.0
San Cristóbal y Nevis	100
Santa Lucía	50-70
Trinidad y Tobago	50-70
Islas Turcas y Caicos	100
Uruguay	96.6

*Nota:* Los datos del Caribe corresponden al número de asegurados activos en el 2003 como porcentaje de la población ocupada estimada. Los datos para América Latina corresponden a la población urbana empleada que contribuyó al sistema de pensiones y/o que tenía cobertura de salud en el 2005. Los datos de Chile corresponden al año 2003.

*Fuente:* OIT (2006), Osborne (2004).

se compara con el monto total contribuido al sistema. Este último factor se relaciona de forma muy cercana al tema central de este Informe, y no debe ser confundido con una declaración relacionada con la eficiencia de las agencias. Una institución que tiene que administrar las cuentas de una población que incluye a un gran porcentaje de familias de bajos ingresos enfrenta mayores costos de administración respecto a una institución similar que sirve a una población de mayores ingresos. Como consecuencia de ambos factores, trabajadores y empleadores tienden a ver las contribuciones como impuestos. La cuestión de la valuación de los servicios que proveen las entidades de seguridad social ya ha sido investigado: la principal conclusión es que el empleo y los salarios de los sectores formal e informal serán afectados mientras empleadores y trabajadores continúen buscando alternativas para evadir estos impuestos (CISS 2004). Las discusiones entorno al segundo factor han sido sorprendentemente escasas y malinterpretadas. Sin embargo, un gran número de los problemas que enfrentan las políticas de seguridad social no serán resueltos si no se pone énfasis a la administración. En la mayoría de los países ha sido más fácil asegurar familias con miembros que trabajan de tiempo completo en

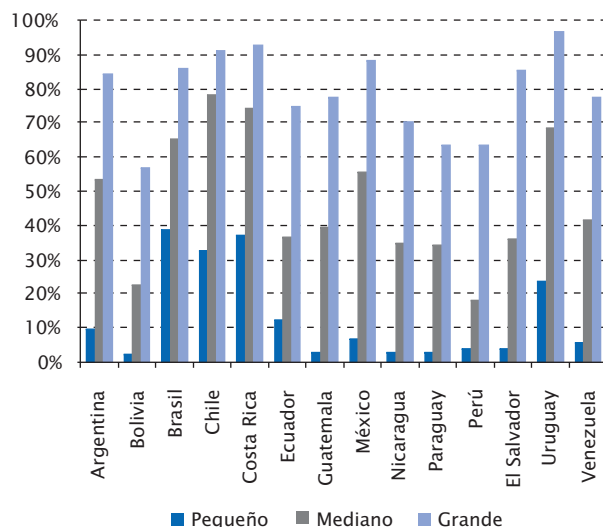
grandes empresas, pero asegurar a los trabajadores independientes y a aquéllos que laboran en pequeñas empresas sigue siendo un reto.

Las altas tasas de contribución, la fragmentación de los programas de seguridad social, la disponibilidad de beneficios no contributivos, la estructura impositiva, las deficiencias en la provisión de beneficios—y en particular de los servicios en especie—, la posibilidad de ser admitido a los programas de salud después de un evento desfavorable de algún miembro de la familia, y la inflexibilidad de los esquemas laborales del sector formal se encuentran entre las características de diseño más citadas que desalientan la formalización del trabajo. Aún así, prevalecen ineficiencias administrativas que disuaden la formalización. Estas serán analizadas en las siguientes secciones.

### Dificultades en el Proceso de Afiliación

Para acentuar la relevancia de encontrar una solución a los retos administrativos, comenzamos con un análisis sobre la cobertura de la seguridad social por tipo de empleador. La Gráfica III.1 muestra la proporción de trabajadores con protección de seguridad social por tamaño de empresa en países seleccionados.

**Gráfica III.1**  
**Niveles de Cobertura de los Trabajadores por Tamaño de Establecimiento**



Nota: 1/Argentina (2006), Bolivia (2002), Brasil (2002), Chile (2003), Costa Rica (2004), Ecuador (2004), Guatemala (2002), México (2002), Nicaragua (2001), Paraguay (2004), Perú (2003), El Salvador (2003), Uruguay (2004) y Venezuela (2004).  
Fuente: Rofman y Lucchetti (2006).

Los datos de la gráfica claramente indican que gran parte del problema de baja cobertura prevalece en las pequeñas empresas y entre los auto-empleados. La mayoría de las veces estas empresas no participan en la seguridad social y prefieren mantener a sus trabajadores bajo un esquema de baja protección porque enfrentan altos costos de afiliación, les falta profundidad en sus estructuras administrativas para cumplir con los complejos procedimientos legales, y ven pocos beneficios de pagar contribuciones. Esta falta de cumplimiento se debe en parte a las dificultades administrativas que enfrentan las instituciones de seguridad social para manejar sus bases de datos y la información. Las instituciones de seguridad social son responsables de modernizar sus procesos y su organización para que la afiliación sea menos costosa para las pequeñas y medianas empresas. Por lo general las instituciones son efectivas al procesar solicitudes de grandes empleadores, pero los datos muestran que se quedan cortas al interactuar con pequeñas empresas e individuos. Es obvio que esto tiene poco que ver con los debates de política que se han planteado alrededor de la seguridad social en las últimas dos décadas.

Para mejorar la afiliación de pequeñas empresas y sus trabajadores a los programas de seguridad social, se sugieren las siguientes acciones:

- *Adoptar una arquitectura organizacional y de TI en el sistema general de protección social para establecer un procedimiento de afiliación de bajo costo para empresas y trabajadores y que permita el cálculo puntual de los adeudos para cada institución y el riesgo cubierto. En los países con una legislación fiscal compleja, el cálculo de la contribución a la seguridad social y los impuestos debería ser simultánea. Para lograrlo, recomendamos comunicar los sistemas de información entre las instituciones, como se explica más adelante. Los gobiernos nacionales deberán ser los principales actores en la regulación de todas las instituciones para que cumplan con esta meta.*
- *Consolidar información entre las instituciones, incluyendo a todas las agencias de seguridad social*

*y a los sistemas de recaudación. Crear una institución que esté a cargo de consolidar todos los flujos de información y las bases de datos, al igual que de coordinar los procedimientos cuando las instituciones y programas de aseguramiento requieran realizar consultas. La organización de los flujos de información es vital para un diseño efectivo de los flujos monetarios y de servicios. Esta institución puede ser pública o privada, puede ser la institución nacional de seguridad social o una nueva entidad especializada—esta segunda puede ser preferida en los casos en que la agencia nacional de seguridad social enfrente numerosos retos en la provisión final de servicios y pueda no ser tan efectiva como es necesario para resolver el problema de la información.*

- *Al planear la base de datos, especificar con claridad las variables que debe contener. Establecer regulaciones para garantizar que los datos se ingresen correctamente e instaurar filtros de información que eviten inconsistencias en el ingreso de los datos. Los filtros de datos permiten el acceso a sólo un subconjunto de los registros, lo que ayuda a prevenir la duplicación de registros y a efectuar búsquedas por parte de la agencia mientras se protege la privacidad del afiliado.*
- *Centralizar y modernizar la emisión de un número de identificación nacional o de un número de seguridad social a nivel nacional. El objetivo es que el mismo número sea utilizado por todas las instituciones que participan en el sistema. Se deben eliminar los sistemas que duplican identificaciones.*
- *Centralizar en una base de datos única la información básica de todos los programas e instituciones sobre afiliación y movimientos. Vincularla con los registros civiles para incluir de manera automática fechas de nacimiento, defunciones, y cambios en el estado civil, entre otros eventos.*
- *Permitir mecanismos de pago innovadores para los pequeños empleadores y trabajadores independientes. Los pagos con tarjetas de crédito u otras opciones pre-pagadas podrían ser atractivas para las empresas micro y pequeñas. Esto incluye la*

*consolidación de pagos de diferentes instituciones y programas para reducir los costos administrativos (por ejemplo, diseñar un único proceso de afiliación y una forma única de pago para todas las agencias y programas).*

- *Adoptar una estructura organizacional para el área de afiliación y para evaluar el desempeño de su personal: i) establecer distintos canales para los diferentes segmentos del mercado; ii) definir una clara medición del desempeño, y iii) establecer un mecanismo de pago basado en desempeño. Por ejemplo, crear departamentos especializados en atender pequeñas empresas y trabajadores independientes, así como reformar las regulaciones para simplificar los procedimientos que se les aplican a estas empresas.*

### **Cuestiones en el Proceso de Recaudación y Asignación**

Una vez que las empresas se han registrado con una agencia de seguridad social, el proceso de recaudación y asignación comienza. Los retos operativos surgen en cualquier tipo de programa de seguridad social, y están presentes tanto en los sistemas de cuentas individuales como en aquéllos con fondos comunes (reparto). En la última sección, señalamos una característica que por lo general es pasada por alto: mientras que una política pública se preocupa principalmente por la cobertura de los trabajadores, la afiliación y la recaudación se hacen al nivel de los empleadores debido al menor costo que ello implica.

*Los procesos de recaudación y asignación se refieren al cobro de contribuciones y su distribución, ya sea a un fondo común o a una cuenta individual a partir de la cual los riesgos (salud, invalidez general, etc.) son administrados. Sin importar el lugar en donde termine el dinero, la tecnología actual determina que los procesos de recaudación y asignación de las instituciones de seguridad social incluyan un registro en sus bases de datos por cada persona, programa, periodo y pago de contribuciones. Un proceso eficiente de recaudación e individualización del dinero es importante para dar seguridad a los afiliados y*

aumentar los rendimientos sociales y privados de sus cuentas. Una asignación correcta del dinero a las cuentas contribuirá en gran medida a aumentar la confianza que los individuos tienen en el sistema. De forma similar, una buena parte de las críticas hechas a los fondos de reparto puede ser superada por la mejora en la capacidad de administrar la información. Los fondos colectivos también deberían poder informar a las familias de sus contribuciones individuales y derechos para darles un sentido de pertenencia y propiedad.

Desafortunadamente estas condiciones no siempre se cumplen. En un gran número de países típicamente existen problemas de recaudación. Estos problemas surgen por variaciones naturales y errores al reportar el número de trabajadores, días trabajados o salarios. Los errores pueden ir en cualquier dirección, pero es más común que se reporten menos trabajadores, días trabajados o salarios, a que se reporten de más. Los errores pueden ser involuntarios, pero también los hay voluntarios. La segunda fuente de fuga surge una vez que las empresas se retrasan en sus pagos y la institución comienza con los procedimientos "activos" de recaudación. Hablando en un sentido amplio, existen cuatro razones por las que estas dos situaciones pueden ocurrir: i) deficiencias en la información; ii) inflexibilidad y deficiencias en los procedimientos; iii) falta de alineación de los incentivos del personal a cargo de la afiliación y recaudación y, iv) corrupción.

Los problemas se hacen más complejos cuando las instituciones no cuentan con información confiable y puntual sobre el monto debido y pagado por la empresa, trabajador y riesgo cubierto. Esto es cierto incluso en los casos en que las instituciones de seguridad social emiten una factura del monto a ser pagado con base en los registros existentes de empleo y salario. La ausencia de información hace difícil auditar a los contribuyentes y manda una señal de que es posible incurrir en "errores voluntarios" que probablemente no serán revisados. Los principales factores que contribuyen a estas dificultades se relacionan con un sistema deficiente

de identificación de empleadores y trabajadores. En varios países no existe un número único de identificación para los programas de seguridad social, y el sistema de impuestos generales habitualmente trabaja con bases de datos y procedimientos no articulados a la seguridad social, incluyendo distintos números de identificación. La mala calidad de la información complica la identificación de las empresas deudoras y, más tarde, el pago de beneficios.

Las instituciones de seguridad social por lo general siguen una solución del tipo "talla única": ofrecen a las empresas de cualquier tamaño y tipo el mismo esquema de afiliación y pago. Por ejemplo, en varios países los procesos de afiliación y recaudación asumen que todas las empresas cuentan con una nómina, y que tienen una capacidad técnica de generar un flujo monetario para pagar las contribuciones de acuerdo a la forma que dictan las leyes y regulaciones nacionales. Desafortunadamente, éste no siempre es el caso, en particular en países en desarrollo. Empresas distintas requieren de diferentes soluciones administrativas.

La solución "talla única" se refleja en el esquema organizacional de las agencias. En contraste con las industrias privadas de banca y aseguramiento, en donde se establecen distintos canales de ventas para servir a los diferentes segmentos del mercado, en la mayoría de las instituciones de seguridad social del Continente sólo prevalece un canal. Las pequeñas y grandes empresas, los empleadores rurales y urbanos, y los grandes complejos corporativos y las empresas familiares deben cumplir con casi los mismos requerimientos. A la vez, es común que la misma oficina se encuentre a cargo de los procesos de afiliación y recaudación, lo que puede generar un conflicto de interés. La separación de las funciones de "ventas" y recuperación de cartera vencida, por ejemplo, casi siempre está presente en la banca y en muchas otras industrias, mientras que en las instituciones de seguridad social la afiliación y la recaudación por lo general son realizadas por el mismo departamento. Por último, en la mayoría de los casos, no existe un sistema

de incentivos para aquéllos a cargo de la afiliación y recaudación que los aliente a mejorar su desempeño.

La corrupción es más probable cuando falta información y prevalece una relación cercana entre el empleado de la seguridad social y los contribuyentes. Aquellos programas que tienen como fin automatizar la mayoría de los procesos y crear unidades independientes ayudarán a reducir la corrupción, como se explica más adelante.

Para mejorar el proceso de registro y recaudación y bajar su costo, se sugieren las siguientes prácticas:

- *Establecer la operación de cuentas individuales para cada trabajador sin importar la estructura financiera del programa. Esto es, tanto en sistemas de reparto como capitalizados, así como en cualquier clase de programa de salud y otros casos, se debe tener la capacidad de registrar pasivos y contribuciones sobre una base acumulada a nivel de individuos y empleadores. Esto determinará la posibilidad de tener un efectivo proceso de administración de la cuenta y atención al usuario.*
- *Tener un apropiado sistema de TI que permita: i) el rápido cálculo del monto debido por la empresa, trabajador y seguro cubierto, ii) el registro correcto de la recaudación por empresa, trabajador y seguro cubierto y iii) el cálculo puntual de los errores a nivel de empresa, trabajadores, días trabajados y salarios. Además, las bases de datos no sólo deben incluir a los afiliados sino también a sus dependientes, lo que será útil al desempeñar las funciones de administración y provisión.*
- *Establecer procedimientos que permitan un rápido intercambio de información con empresas y mercados. La red (World Wide Web) provee la infraestructura necesaria para tal solución. Estos deben: i) permitir a las instituciones de seguridad social presentar una "factura" con el monto debido por el trabajador y el riesgo cubierto antes de la fecha de pago; ii) permitir un continuo registro y pago de contribuciones por empresa, trabajador y seguro; iii) permitir búsquedas sobre derechos y*

beneficios, entre otras transacciones relativamente sofisticadas; iv) notificar de cualquier error en la afiliación/recaudación, multas o el inicio de procedimientos legales para recobrar los adeudos; y v) dar a los trabajadores información sobre las contribuciones de acuerdo al riesgo cubierto o debido por el empleador.

- Establecer unidades de negocio especializadas e independientes para la recaudación activa (la recaudación que se hace después de que hay un retraso en el pago). El personal de la unidad debe cumplir con tres criterios: i) ser especialistas en recuperación con una gran capacidad de negociación; ii) no haber tenido contacto previo—durante el proceso de afiliación, por ejemplo—con la empresa o con los agentes responsables de la afiliación; y iii) que su desempeño sea medido de acuerdo a qué tanto y qué tan rápido recuperan el dinero, y que sus compensaciones se encuentren en relación a tal medida. Un equipo centralizado de profesionales puede administrar un portafolio geográficamente disperso de adeudos de alto valor. Las deudas de mediano valor por lo general son mejor administradas por unidades locales. Los adeudos pequeños pueden ser administrados remotamente, al menos en las primeras fases del proceso de recuperación de cartera, utilizando el correo electrónico y los centros de atención telefónica.

- Alinear el proceso de recaudación a los diferentes tipos de deuda y trabajar simultáneamente con los deudores y con el apoyo de un sistema de información avanzado. Las deudas pueden variar según distintas características: por ejemplo, duración, tamaño y tipo de contribuyentes. Un recaudador especializado creará un portafolio de acuerdo a sus características dominantes y desarrollará procesos de recuperación adecuadas a ellas. Cada proceso debe apoyarse sobre un conjunto de herramientas que reúnan información, técnicas de contacto y

tácticas de transacción, cuya característica común sea que el ejercicio de la ley se utilice sólo como último recurso. El sistema de información del proceso de recaudación no sólo debe contener datos sobre las empresas y sus deudas, sino también la información actualizada que se necesita para evaluar los valores de recuperación, como los derechos de propiedad. También debe incluir algoritmos para asignar las diferentes deudas al portafolio y puede utilizar Internet para subastar los bienes incautados.<sup>1</sup>

En relación a la asignación de fondos, también existen algunos problemas operacionales. La asignación de fondos describe el proceso que tiene lugar entre el momento en que los fondos son pagados por el empleador u otra parte responsable, hasta que son utilizados con el propósito de administrar el riesgo. Por ejemplo, en el seguro de salud, la asignación incluye las reglas establecidas para distribuir las contribuciones a los fondos que administra el plan de salud del beneficiario; en los seguros de invalidez general y retiro, la asignación abarca las reglas para canalizar las contribuciones a las cuentas individuales o a los fondos colectivos de donde los beneficios son pagados; en el seguro de riesgos de trabajo, la asignación incluye las reglas para distribuir las contribuciones a los fondos a cargo de administrar el riesgo de los accidentes laborales, enfermedad y muerte.

Un proceso ineficiente de asignación puede terminar por socavar los objetivos de un programa. Por ejemplo, en México algunas personas no han recibido las contribuciones hechas a las cuentas individuales de retiro entre la reforma de 1992 y la de 1997 porque se dificultó identificar a los beneficiarios. En Bolivia y Costa Rica, el período de tiempo que comienza desde el día en que los recursos se depositan en las cuentas bancarias de las administradoras de fondos de pensiones (AFP) hasta que son distribuidos en cada cuenta individual es de

---

<sup>1</sup>Estas últimas dos estrategias han sido establecidas con éxito en la industria bancaria para los préstamos atrasados. Para un ejemplo ver Cermele, et al (2002).

9 y 6 días, respectivamente. En El Salvador, este período alcanza 15 días para el 95 por ciento de las cuentas, pero en algunos casos puede ser hasta de 30 días (FIAP 2006). Aunque los recursos se invierten desde el momento en que el dinero se traspasa a la AFP, el retraso en la individualización de los fondos puede afectar la credibilidad en el sistema y no se justifica considerando las capacidades tecnológicas de la actualidad.

La mayoría de las veces el retraso en la individualización de fondos se explica porque los registros deben ser verificados y conciliados a nivel individual, ya sea por una agencia central, como Procesar en México o por la AFP a cargo de la recaudación, como en El Salvador. Esta situación reafirma lo que se ha dicho en párrafos anteriores: es imperativo tener registros electrónicos limpios de las contribuciones desde el inicio del proceso. De otra forma, los procedimientos subsecuentes se vuelven difíciles de resolver en una forma eficiente.

Otra cuestión que debería ser preocupante es el costo de la afiliación y la recaudación. El costo puede ser un problema ya que puede llegar a alcanzar niveles muy altos. Por ejemplo, se ha estimado que el costo de recaudación puede representar hasta el 4 por ciento del costo operativo de las AFP en países con cuentas individuales (FIAP 2006).

Por lo general, las cuestiones operativas de la afiliación, recaudación y asignación son discutidas en términos de la necesidad de tener un sistema "centralizado" o uno "descentralizado." Por ejemplo, Demarco y Rofman (1999) y FIAP (2006) discuten las ventajas y desventajas de cada modelo. Sin embargo, algunas predicciones no se validan empíricamente. Por ejemplo, mientras que en teoría un sistema descentralizado trabaja más rápido porque las contribuciones son recaudadas directamente por las agencias, en realidad esta situación no se observa en casi ningún país del Continente. Además, no es claro si los sistemas centralizados enfrentan costos menores, como pueden predecir las economías de escala.

En realidad, la tendencia en muchas industrias hacia entidades de servicios compartidos que

centralizan los procesos administrativos de grandes corporaciones (algunas veces de varias de ellas), muestra que el correcto marco del problema no es uno de centralización contra uno de descentralización, y menos aún cuando éstos se definen siguiendo jurisdicciones políticas. El marco correcto propone la de-construcción de los procesos y el rediseño de los sistemas y organizaciones que los componen. Esto puede alcanzarse a través de una agresiva integración horizontal de los procedimientos que pueden automatizarse y de tomar ventaja de las herramientas contemporáneas en materia de telecomunicaciones (tal como la afiliación, recaudación o pago de pensiones). Además, son recomendables las políticas que apoyan en gran medida la autonomía de las unidades que se benefician del conocimiento local (como la administración de hospitales, la evaluación de la discapacidad, o la participación de la comunidad para satisfacer la demanda de cuidados de largo plazo). El balancear y mezclar estas fuerzas es un reto central para los sistemas de seguridad social. Franquear este reto requiere de la cooperación de los gobiernos nacionales y locales, al igual que de las instituciones asociadas para brindar protección contra diferentes riesgos.

El sistema puede ser centralizado o descentralizado, pero se necesita una apropiada arquitectura de organización y de TI para reducir de manera significativa el costo administrativo que las empresas micro y pequeñas enfrentan para cumplir con la seguridad social y otras transacciones (como el pago de impuestos al ingreso y a las ventas, o al valor agregado). Si el sistema contara con información integral sobre el ingreso de los individuos y de las empresas, las instituciones de seguridad social podrían calcular automáticamente tanto las contribuciones para varios programas de seguridad social como los impuestos. La Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) de Colombia muestra un ejemplo del uso de TI para simplificar el proceso de recaudación (ver Recuadro III.1).

## Recuadro III.1

## La Planilla Integrada de Liquidación de Aportes de Colombia

En el año 2005 el gobierno nacional de Colombia, a través del Ministerio de Protección Social, consideró conveniente establecer un mecanismo adecuado y eficiente para garantizar que todas las contribuciones al sistema de protección social se realicen en una sola exhibición y puntualmente. Este mecanismo también trata de disminuir la evasión mientras se mantiene un control sobre los pagos.

En este contexto, se estableció la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes. Este nuevo sistema permite a los contribuyentes pagar sus adeudos a la seguridad social (salud, pensiones y riesgos de trabajo), y otras transferencias sociales (al fondo de compensación, al Servicio Nacional de Aprendizaje, y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), a través de un formato electrónico llamado Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). De acuerdo con la regulación, cada contribuyente—empresas, pequeños contribuyentes o trabajadores independientes—tiene que utilizar la PILA. Este sistema facilita el proceso de recaudación de la seguridad social y de otros programas sociales al reducir el número de pasos involucrados en el proceso. En lugar de utilizar una forma por cada uno de los programas de seguridad social existentes, la PILA sólo requiere de una forma electrónica única para cumplir con todas estas obligaciones. De igual forma, genera un ahorro a los contribuyentes ya que reduce el tiempo que antes se necesitaba para recoger la forma de pago de cada uno de los programas en sus oficinas correspondientes, además del tiempo perdido en los bancos.

De acuerdo con las regulaciones dictadas por el Ministerio de Protección Social, las entidades que están autorizadas para proveer este servicio son las instituciones financieras y entidades administrativas. Actualmente existen 20 operadores autorizados.

El uso de la PILA ha aumentado significativamente desde su implementación. En diciembre de 2005 el número de formas electrónicas fue sólo de 5,732 (que corresponde a 530,514 afiliados), mientras que en julio de 2007 este número alcanzó las 488,071 formas (que corresponde a 32,086,796 afiliados).

*Fuente: Mora (2007).*

La información puede desalentar el retraso o incumplimiento de los pagos de las empresas. Por un lado, el trabajador debería tener acceso oportuno a la información respecto a si su empleador cumple con las contribuciones a la seguridad social. Esto evita la evasión durante los períodos de empleo al proveer a trabajadores y sindicatos (y al mismo gobierno) información para defender sus derechos. Por otro lado, se minimizan los "errores voluntarios" cuando las empresas se dan cuenta de que la institución de seguridad social inmediatamente identifica si están cumpliendo con sus responsabilidades y en caso contrario inicia un procedimiento activo de recaudación eficaz. Un sistema eficiente que rectifique los errores es necesario para apoyar esta estrategia y para construir una buena relación con los contribuyentes. El sistema de información puede confeccionar procesos de recaudación específicos para los diferentes usuarios.

Una estructura de bases de datos bien detallada que permita la interconexión con otras bases de datos

a través de una interfase sofisticada permite a las instituciones de seguridad social consolidar información desagregada y reducir el problema de la pérdida de beneficios debido a la existencia de múltiples sistemas de aseguramiento social. De igual manera, con tal interfase las contribuciones se podrían basar en un mayor número de variables. Por ejemplo, las pequeñas empresas y los auto-empleados por lo general no mantienen una nómina, aunque paguen algunos impuestos (como el impuesto al valor agregado o el impuesto a las ventas) y algunos servicios (como electricidad, agua y teléfono; CISS 2004). Para el seguro de salud, los programas de cuidado de niños y otros riesgos sociales, la comunicación entre distintas bases de datos todavía podría tardar un tiempo en convertirse en una realidad que pueda resolver los difíciles problemas de portabilidad que los trabajadores enfrentan al cambiar empleos. Mientras que la "segmentación" de la seguridad social (que se define por la existencia de varias agencias proveyendo casi el mismo plan

de aseguramiento social) siga siendo vista como un mal que obstruye el incremento en la cobertura, el enfoque propuesto en esta sección puede aportar para resolver la portabilidad y los problemas de costo administrativo causados por ella.

Un sistema con información limpia a nivel individual debería acelerar el proceso de recaudación y asignación de fondos. Los datos a nivel individual son indispensables para medir y valorar el riesgo y hacer proyecciones actuariales y presupuestarias de forma eficiente. Un sistema individualizado y un buen mantenimiento de los registros son elementos centrales para mantener la continua operación de la atención al usuario, el manejo de solicitudes y la entrega de beneficios. Es importante notar que el concepto de individualización, como se utiliza en este párrafo, aplica a toda clase de programas, no sólo a los llamados sistemas capitalizados de pensiones.

El costo de inversión de implementar un sistema integral de información es considerable, pero el costo operativo promedio disminuye rápidamente con el número de registros y transacciones. Los programas de seguridad social tienen el tamaño para alcanzar escalas de eficiencia mínimas (excepto en países pequeños). La implementación de tales sistemas no está libre de riesgos operativos: el sistema debería ser capaz de administrar de forma diaria el flujo de información y dinero de diferentes programas para cientos de miles de empleadores y pagar beneficios monetarios y en especie a millones de beneficiarios de los distintos programas. Sin embargo, los beneficios superan estos problemas potenciales. Los países pequeños o de bajos ingresos pueden pensar en soluciones compartidas; por ejemplo, un proceso de afiliación de empresas y trabajadores compartido por varios países pequeños es compatible con la imposición de restricciones sobre privacidad y control nacional de la información que por lo general están presentes en las legislaciones de seguridad social. Por otro lado, aun los países más grandes pueden obtener ganancias al compartir servicios automatizados.

Los sistemas reformados de pensiones son un ejemplo de los beneficios que se pueden obtener al utilizar sistemas de información desarrollados. Actualmente las AFP en varios países ofrecen acceso a través de Internet o del servicio de atención telefónica a los trabajadores y pensionados que desean verificar sus contribuciones y activos o desean hasta cambiar la AFP que maneja su cuenta. Si los sistemas son efectivos al desempeñar funciones básicas, pueden atraer al menos a un subconjunto de trabajadores que hoy se encuentra fuera del sistema de protección social debido a los altos costos administrativos. Los sistemas reformados de pensiones no han estado exentos de problemas operativos, tal como el de la multiplicidad de cuentas para un mismo trabajador, pero en la medida en que transcurre el tiempo, los problemas operativos disminuyen y las funciones basadas en TI aumentan.

La reorganización es la meta para alinear los incentivos del personal con los objetivos de las agencias. Al crear áreas de afiliación y recaudación que traten con diferentes tipos de empresas y que cuenten con información, herramientas de evaluación y esquemas de compensación adecuados se puede aumentar la afiliación de aquellas empresas para las que es muy costoso participar en la seguridad social. La independencia de las áreas de recaudación de las de afiliación tiene el fin de evitar cualquier conflicto de interés. La organización de la recaudación en unidades independientes ayuda a alinear incentivos, como ocurre con la afiliación. Este tipo de organización ha sido muy exitoso en industrias como la banca y el aseguramiento privado.

### **III.2.2 Temas en la Administración: Inversión y Administración del Riesgo**

Con relación al proceso de inversión, existen dos temas importantes por analizar: el manejo de fondos y la contabilidad. Ambas cuestiones están relacionadas. Si la acumulación de fondos debe corresponderse con la proyección actuarial de pasivos futuros e ingresos, como sucede en algunos aunque no en todos los casos (ISSA 2007), las reservas

a su vez deberían estar basadas en las cuentas de las instituciones. Es importante en este caso aplicar con rigor los principios contables. Cuando la misma institución administra varios programas, es imperativo seguir principios que permitan identificar por separado los ingresos, las deudas y gastos futuros, y las reservas por riesgo cubierto.

Para garantizar la entrega de beneficios y la confiabilidad de los esquemas es crucial contar con una contabilidad correcta, la creación de reservas y la administración de sus fondos. Aunque esta declaración puede parecer poco controversial, en realidad la mayoría de las instituciones de seguridad social *no* han aplicado los principios generales de contabilidad a través de su historia. Esto significa que los pasivos por lo general se han relegado a un segundo plano bajo dos argumentos: i) que la forma de financiación del sistema es de reparto y los aumentos futuros de las tasas de contribución compensarán el déficit, o ii) que los pasivos son parte de la deuda pública y los déficit serán cubiertos por el gobierno, como sucede con todas las deudas. Desafortunadamente, el tiempo ha demostrado que los aumentos requeridos de las tasas pueden no ser factibles, y que los gobiernos pueden enfrentar obstáculos infranqueables al administrar una deuda tan grande y sin registrar. Debido a lo anterior, hemos visto el movimiento de algunos sistemas de reparto hacia un sistema mejorado de revelación y financiación de pasivos; por ejemplo, el Plan de Pensiones de Canadá y el IMSS de México (en las áreas que no se cambiaron a un sistema capitalizado) han adoptado tales políticas.

Ya se ha hablado de la contabilidad. Sobre el tema de inversión emergen básicamente dos cuestiones a resolver. La primera pregunta es: ¿de qué tamaño deberían ser los fondos de reserva? La segunda pregunta es: cuando existen fondos de reserva, ¿cómo deberían ser administrados? Las respuestas a la primera cuestión tienen raíces en el diseño mismo de los esquemas. Existen diferentes alternativas actuariales para la financiación que resultan en distintos niveles teóricos de reservas.

Hablando en un sentido amplio, aquellos programas con gastos en el corto plazo no necesitan crear reservas. Los programas con gastos en el largo plazo pueden o no mantener reservas, generando así esquemas parcialmente fondeados o completamente fondeados. En teoría, los programas estables y maduros pueden ser financiados con base en el reparto, mientras que en los programas más jóvenes las reservas se crean sólo hasta que se alcanza cierta estabilidad.

Lo que se observa alrededor del mundo es que para los sistemas de pensiones, principalmente en el seguro de retiro, se están creando mayores reservas para enfrentar condiciones adversas en el futuro (tales como una mayor esperanza de vida y una menor tasa de dependencia). Por ejemplo, Canadá e Irlanda han incrementado de forma reciente el nivel de financiación de sus esquemas públicos parcialmente fondeados (Iglesias y Palacios 2001) y los sistemas reformados de América Latina establecieron esquemas totalmente fondeados (excepto por la garantía de la pensión mínima). El tamaño de las reservas debería estar definido por los pasivos e ingresos futuros, aunque algunas instituciones han tomado rutas distintas por razones prácticas. Por ejemplo, el Consejo de Seguridad Social de Belice fijó un monto mínimo igual a seis meses de pago de beneficios.

Las reservas se crean por lo general a partir de aquellas contribuciones que exceden el pago de beneficios, pero en algunos países el gobierno está realizando transferencias especiales para cubrir futuros déficit e, incluso en países con esquemas de beneficios definidos, existen unas contribuciones especiales destinadas a la creación de reservas. Aunque las discusiones de actuarios y economistas sobre el nivel óptimo de reservas pueden llegar a ser muy técnicas, toda institución debería adoptar una postura positiva y práctica al respecto. Esto implica especificar una metodología explícita que defina la forma en que las reservas deberían ser creadas y financiadas, además de establecer el uso obligatorio de esta metodología en los reportes financieros.

Estos métodos deben incluir análisis de sensibilidad sobre el impacto de incrementos futuros o caída de las contribuciones y transferencias gubernamentales, de forma tal que los encargados de hacer las políticas tengan un reporte claro sobre el tamaño de la deuda en que pueden incurrir las instituciones de seguridad social. Así, la adopción de principios contables podría parecer una propuesta un tanto "seca", pero obligará a las legislaturas y consejos actuales a rendir cuentas de forma que se permita proveer de seguridad social con un verdadero horizonte de largo plazo. Esto es así porque las promesas hechas hoy se reflejarán de inmediato en los presupuestos nacionales y de las agencias actuales y no, como solía ocurrir en el pasado, en los presupuestos de los futuros gobiernos.

No obstante, observamos que mientras la mejora del registro contable de los pasivos se está volviendo más común en los sistemas de pensiones (aunque no en todas partes), la creación de reservas rara vez se aplica a otros programas de aseguramiento, como el de salud, aun cuando se espera que éstos enfrenten fuertes restricciones financieras en el futuro por casi las mismas razones que aplican a los programas de pensiones. Excepciones a estas experiencias son las nuevas cuentas de salud implementadas en Estados Unidos que permiten a los diferentes afiliados ahorrar para futuros gastos médicos, y el seguro de invalidez general y de riesgos de trabajo administrado por compañías privadas en los sistemas reformados de pensiones. Nuestras recomendaciones a este respecto son:

- *Desarrollar proyecciones actuariales para cada riesgo/programa. Las cuestiones de falta de información o de errores en los datos deberían enfrentarse y resolverse gradualmente, con miras a desarrollar bases de datos con información a nivel individual. En el corto plazo se debe obtener el "mejor número" porque hay decisiones que tomar de cualquier forma. Es necesario realizar análisis de sensibilidad a las estimaciones de cuentas por pagar, ingresos y deudas.*

- *Comenzar con la formación de reservas, por más pequeñas que sean, para cubrir el déficit futuro de las pensiones, pero también de salud, riesgos de trabajo e invalidez general. Adoptar regulaciones para asegurar la observancia de los principios contables en todas las instituciones de seguridad social, permitiendo períodos de transición. Obligar a los funcionarios y legisladores a ser responsables y a hacer cumplir los planes de financiación de mediano plazo.*

La segunda cuestión respecto a los fondos tiene que ver con la forma en que deberían ser administrados. Desafortunadamente, a pesar de la importancia que tiene el buen manejo de las reservas, Iglesias y Palacios señalan que:

"Los fondos administrados públicamente casi siempre enfrentan serios obstáculos políticos que reducen la capacidad de invertirlos de manera eficiente. Su forma de asignar los activos está sistemáticamente sesgada hacia inversiones específicas y préstamos al gobierno con bajos retornos. Como resultado, las ganancias son mucho menores que aquéllas que se obtienen de fondos administrados por el sector privado y en general menores que las tasas de interés que otorgan los bancos por depósito" (2001, p.234).

Este sesgo aplica de igual forma a los fondos directamente administrados por monopolios públicos y a los administrados de forma privada que indirectamente se manejan a través de la regulación, como ha sucedido en los esquemas reformados en Latinoamérica. Los mismos autores documentan que casi en todos los países las autoridades obligan a las AFP a invertir una proporción importantes de sus fondos en deuda gubernamental. En algunos países, los fondos administrados de manera central también se utilizan para el "desarrollo". Bajo este enfoque los fondos son utilizados para hacer "inversiones sociales" e "inversiones con objetivos económicos". Se argumenta que el primero mejorará la vida de los miembros de los regímenes en formas distintas a la obtención de una pensión. Los préstamos personales

para bienes raíces y educación, los subsidios para préstamos hipotecarios y construcción de casas-habitación, y la inversión en infraestructura social (hospitales, clínicas) son sólo algunos ejemplos.

Las inversiones con objetivos económicos son inversiones en proyectos que por lo general decide el gobierno. Entre éstos se incluye la inversión en carreteras, servicios públicos y bienes raíces. Las inversiones en tales proyectos se hacen bajo el argumento de que ineficiencias en los mercados de capitales dejan proyectos valiosos sin financiación y que estos proyectos pueden generar externalidades, como el aumento de la nómina, que beneficiaría a los miembros del régimen. Desafortunadamente, la experiencia muestra que tales aseveraciones no son fáciles de confirmar. Por lo regular, las empresas administradoras no aplican criterios objetivos y rigurosos al seleccionar estas inversiones dirigidas. La selección de proyectos parece basarse principalmente en las prioridades del gobierno en el poder y el retorno de tales proyectos es menor que el que el fondo hubiera obtenido en formas de inversión alternativas (Iglesias y Palacios 2001).

Como ejemplo, García (2005) documentó que durante la última década, el Consejo de Seguridad Social de Belice invirtió un monto importante de recursos en diversos sectores para reactivar la economía, y los resultados fueron poco satisfactorios. Después de tal experiencia, la agencia cambió sus políticas de inversión y ahora invierte más en activos financieros. Además, si la agencia desea invertir en proyectos con objetivos económicos, las tasas de retorno ajustadas por riesgo, deben ser comparables con aquéllas de otros activos financieros. De acuerdo con García (2005), el Consejo de Seguridad Social de Belice sigue actualmente los lineamientos de inversión que emite la AISS.

Gran parte del análisis de los fondos de inversión se refiere al sector privado, pues el análisis se enfoca en las administradoras de fondos que se crearon como parte de la reforma pensionaria en varios países. Desafortunadamente prevalece una escasez de documentos que analicen a las instituciones

públicas y "tradicionales" de la seguridad social. En tiempos recientes la CISS (2007) ha analizado el tema a través de la comparación de los regímenes de Canadá, Estados Unidos, México, Guatemala y Panamá. Entre las conclusiones se encuentran: i) que la creación de una institución especializada para invertir los fondos puede ser muy útil en la medida en que los fondos crecen (Canadá ha hecho esto a través del Consejo de Inversión del CPP); ii) que una concentración de inversiones financieras ayuda a resolver problemas que surgen cuando se realizan inversiones con poca liquidez; iii) que los arreglos especiales con el tesoro nacional pueden reducir los costos de transacción de una manera significativa; y iv) que una adecuada regulación del portafolio de inversión puede ayudar a superar la mayoría de las controversias en materia de regulación y política que prevalecen alrededor de la inversión de los fondos de seguridad social. Estos casos se verán en el Capítulo IV.

La AISS, OCDE, AIOS y FIAP han publicado lineamientos para la inversión y regulación de fondos que aplican tanto a los programas nacionales obligatorios de contribución definida como a los sistemas de cuentas individuales, al igual que a otros programas como los planes de pensiones que corren a cargo de los empleadores. Según nuestra información los más importantes son:

- "*Guidelines for the investment of Social Security Funds.*" ISSA Technical Commission on Statistical, Actuarial and Financial Studies/Technical Commission on Provident Funds and Allied Schemes (Julio 2004).
- "*Revised Guidelines for Pension Fund Governance.*" OECD Working Party on Private Pensions (Noviembre 2002).
- "*Selected Principles for the Regulation of Investments by Insurance Companies and Pension Funds*" (Anexo). OECD (Marzo 2002).
- "*Principios de Regulación y Supervisión en Pensiones.*" AIOS (Noviembre 2003).
- "*Pautas de Buena Regulación de Inversiones.*" Comité de Inversiones de la FIAP (Noviembre 2005).

También se han publicado recomendaciones para algunos grupos de países hechas por especialistas en la materia (para los países miembros del CARICOM, ver por ejemplo, Alleyne 2001). No creemos pertinente parafrasear aquí los lineamientos que ya han sido publicados. Invitamos a la persona interesada a leer los documentos antes mencionados y leer el Recuadro III.2 que los resume. Aquí sólo se presenta nuestro punto de vista sobre el uso de estos lineamientos y de las políticas de inversión:

- *Los lineamientos de organizaciones multilaterales son muy útiles para orientar sobre la administración de fondos a las instituciones públicas o privadas que administran planes de aseguramiento. Éstos pueden ser la base para los lineamientos aplicables a cada caso.*
- *En general convenimos con los términos de los diferentes lineamientos. Se basan en principios universalmente aceptados de buen gobierno corporativo y de administración de inversiones. De hecho, toman en cuenta los últimos desarrollos en administración de riesgo. Aun así, tenemos dos recomendaciones específicas para las instituciones de seguridad social: i) moverse hacia la inversión en activos financieros, y que los proyectos de desarrollo, en su caso, compitan por la financiación en términos de riesgo y rendimiento; y ii) considerar la subcontratación a terceros para el manejo de las reservas (esto incluye la creación de nuevas agencias especializadas en la inversión de fondos, que trabajen de forma desincorporada de la institución "tradicional" de seguridad social).*

Para las instituciones de seguridad social, la creación de una agencia especializada que administre las inversiones puede resolver importantes problemas en materia de regulación y mejorar el manejo de los fondos. Entre otros elementos, esto determina la necesidad de cumplir con las regulaciones generales que aplican a todas las instituciones financieras, y permite contratar personal especializado que se encuentre aislado de los movimientos políticos, que algunas veces afectan a las entidades gubernamentales.

Las recomendaciones específicas respecto al manejo de los fondos son, según nuestra opinión, fundamentales para mejorar la administración financiera y para alcanzar un uso más transparente de los recursos: alinean incentivos, minimizan el uso político de los fondos y los riesgos de corrupción. De acuerdo con los resultados de una encuesta reciente, la AISS concluyó—aunque debe tomarse con cautela porque la muestra puede no ser representativa—que los fondos separados por ley enfrentan menores costos administrativos como porcentaje de los activos totales, así como mayores rendimientos. Los altos retornos se explican porque existen menos restricciones sobre la colocación de los activos e invierten una alta proporción en activos extranjeros (ISSA 2007).

La Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones (FIAP) y la Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS) también han publicado sus propios puntos de vista sobre la forma en que los fondos deberían ser administrados y sobre cómo los reguladores deberían desempeñar su función de vigilancia respecto al manejo de los fondos.

Como se puede observar, las perspectivas sobre cómo se deben administrar los fondos no son escasas. Nuestra preocupación es sobre la manera de hacer cumplir tales prácticas. En el caso de las cuentas individuales, las AFP se encuentran sujetas a la regulación impuesta por las autoridades que se encargan de supervisarlas. Por otro lado, las entidades públicas toman los lineamientos de inversión como un esfuerzo auto-regulatorio. Sin embargo, existen casos en donde grandes fondos de pensiones y de salud han tenido que ser rescatados por los gobiernos nacionales, tanto en países con altos ingresos como en países con bajos ingresos, lo que genera la idea de que se deben tomar acciones en materia de regulación. Por ejemplo, sólo algunas instituciones de seguridad social en el Continente han seguido los lineamientos de la AISS (ISSA 2007). Para ampliar el uso de estos lineamientos proponemos:

• Las autoridades encargadas de la supervisión (como las comisiones bancarias) deberían extender su alcance hasta las administradoras privadas de cuentas individuales y las entidades públicas que administran programas obligatorios. Si estas

entidades no pueden ser reguladas en todos los aspectos, al menos las autoridades encargadas de la supervisión deben especificar la información que debe hacerse pública de forma periódica.

Recuadro III.2

Resumen de las Recomendaciones de AISS y OCDE sobre los Fondos de Reserva de la Seguridad Social

Tema	Recomendaciones
<b>Aplicabilidad</b>	Instituciones de seguridad social: ministerios de gobierno, entidades encargadas de regular o instituciones privadas (AISS). Fondos de pensiones autónomos, colectivos y los fondos de pensiones grupales que sirven de apoyo a los planes privados de pensiones vinculados al trabajo (OCDE).
<b>Consejo de gobierno</b>	Tiene que tener el poder de administrar el fondo de pensiones y es, en última instancia, responsable de asegurar la adherencia en términos del arreglo y la protección de los intereses de los miembros del régimen y de los beneficiarios.
<b>Identificación de responsabilidades</b>	Tiene que haber una identificación y asignación clara de las operaciones y supervisión.
<b>Consejo de expertos</b>	En las áreas en las que falte pericia suficiente para tomar decisiones bien informadas y para cumplir con sus responsabilidades, a la entidad de gobierno podría requerírsele que busque el consejo de expertos o que delegue el trabajo de ciertas funciones a profesionales en la materia.
<b>Auditor</b>	Un auditor, independiente de la entidad administradora de pensiones, del consejo de gobierno y del que financia el plan debería ser designado por una autoridad apropiada para llevar a cabo auditorías periódicas que sean consistentes con los términos del arreglo.
<b>Actuario</b>	El consejo de gobierno debería designar un actuario para todos los planes de beneficios definidos financiados a través de fondos de pensiones.
<b>Custodia</b>	La custodia de los activos del fondo de pensiones puede ser llevada a cabo por la entidad de pensiones, una institución financiera que administre el fondo de pensiones o un custodio independiente.
<b>Rendición de cuentas</b>	El consejo de gobierno debe rendir cuentas a los miembros del esquema de pensiones, a los beneficiarios y a las autoridades competentes. Para garantizar la rendición de cuentas del consejo de gobierno, éste debería ser responsable de sus acciones.
<b>Conveniencia</b>	El consejo de gobierno debería estar sujeto a unos estándares mínimos para que funcione de manera conveniente de forma que se asegure un alto nivel de integridad y profesionalismo en la administración del fondo.
<b>Control</b>	Debería haber controles adecuados para asegurarse de que todas las personas o entidades con responsabilidades operacionales y de supervisión actúen de acuerdo con los objetivos señalados en los reglamentos, estatutos, contratos u otros instrumentos de la entidad que administra las Pensiones o en los documentos asociados a cualquiera de éstas, y que cumplan con la ley.
<b>Informes</b>	Establecer canales de información entre la entidad que administra el esquema de seguridad social, el consejo de gobierno del esquema, la institución encargada de realizar inversiones, el gobierno y otras personas involucradas en la administración del esquema. Esto asegura una efectiva y puntual transmisión de información precisa y relevante.
<b>Revelación de información</b>	El consejo de gobierno debe revelar toda la información relevante a las partes involucradas (en particular a los miembros del régimen, las autoridades encargadas de la supervisión, etc.) de una forma clara, precisa y puntual.
<b>Resarcimiento</b>	A los miembros del plan de pensiones y los beneficiarios se les debería garantizar el acceso a mecanismos estatutarios para la reparación de alguna falta a través de alguna autoridad encargada de supervisar/regular o de las cortes que asegure una atención pronta.
<b>Objetivos de inversión</b>	La regulación de las inversiones debe perseguir simultáneamente las metas paralelas de seguridad y rentabilidad de los fondos invertidos. En particular, deben cumplir con sus responsabilidades mientras generan un ingreso financiero.
<b>Enfoque integral</b>	La regulación de la inversión debe estar preocupada por los riesgos inherentes a las inversiones mismas y a los compromisos que tales inversiones están destinadas a cubrir.
<b>Reglas de inversión</b>	Cualquiera que sea el instrumento utilizado para dar lugar a una política prudente de inversión (restricciones a las cantidades y/o reglas de la "persona prudente"), es fundamental adherirse a los siguientes principios básicos: diversificación y dispersión, y establecer las fechas de vencimiento (incluyendo el principio de liquidez) y las inversiones en otras monedas en concordancia con los compromisos financieros.

Fuente: ISSA (2005), OECD (2006a).

### III.2.3 Temas en la Administración: Administración de la Cuenta y Atención al Usuario

La administración de la cuenta se refiere a la actividad relacionada con mantener las bases de datos actualizadas para que provean información completa sobre individuos y empleadores. La administración de cuenta es necesaria para poder realizar proyecciones actuariales confiables, una atención al usuario eficiente y un preciso y pronto pago de beneficios y provisión de servicios.

A través de la historia, la administración de la cuenta en los sistemas tradicionales de reparto era muy ineficiente: la consolidación total de la información sólo se realizaba hasta el momento en que se solicitaba el beneficio, el trabajador no era informado con regularidad sobre los derechos adquiridos, y la institución en algunas ocasiones no contaba con la información suficiente para contactar al individuo (se esperaba que el beneficiario fuera el responsable de solicitar los beneficios, y hasta entonces la institución tenía la obligación de tomarse un tiempo "razonable" para hacer el papeleo y dar una respuesta). De igual forma, gran parte de las instituciones de salud asumían que su papel era financiar hospitales y proveedores de servicios de salud, y el contacto con los beneficiarios se daba por hecho. En los programas que basan su efectividad en encontrar la contraparte apropiada para poblaciones heterogéneas, la falta de procedimientos para la administración de la cuenta está destinada a producir instituciones poco efectivas. Tales son los casos de: i) los programas de cuidado de largo plazo que tienen que equilibrar las diversas necesidades de los adultos mayores con la rica, pero muy atomizada, posibilidad de servicios; ii) los programas de aseguramiento contra el desempleo que buscan empatar trabajadores con empleos; y iii) los programas de cuidado de niños que proveen financiación de la seguridad social a una gran variedad de familias y pequeños proveedores de servicios.

La administración de la cuenta es más fácil si la información que se ingresa al sistema desde el proceso de afiliación es precisa y completa. En varios

casos, la administración de la cuenta puede ser directamente provista por los afiliados cuando tienen acceso a herramientas de comunicación apropiadas, como el Internet o sistemas de información, incluyendo números telefónicos gratuitos a los que puede acceder incluso la población de menores ingresos. De forma complementaria, la administración de la cuenta debería estar ligada a eventos operativos y lograrse de una manera fluida. Por ejemplo, los eventos médicos deberían utilizarse para actualizar las bases de datos en línea, la solicitud de servicios de cuidado de niños de igual manera podría realizarse en línea, y el pago de beneficios debería actualizar de inmediato las bases de datos que definen el derecho al beneficio.

Estrechamente relacionado con el proceso de administración de la cuenta es el de atención al usuario. Mientras que el primero implica la disponibilidad de información actualizada sobre los afiliados, el segundo se refiere a la capacidad del asegurador o proveedor del servicio de organizar la información y presentarla a los usuarios para responder a sus consultas. Específicamente, la atención al usuario es el proceso encargado de atender las demandas de información del derechohabiente. Como se puede inferir de los ejemplos anteriores, en la ausencia de un proceso efectivo de administración de la cuenta, la atención al usuario estará destinada a funcionar erróneamente.

La atención al usuario es un factor clave para alcanzar el éxito. La lealtad de los usuarios y la retención de los actuales afiliados difícilmente se lograrán si esta área no es exitosa en proveer información relevante. Los usuarios por lo general preguntan por el funcionamiento del programa, su historia personal, los requerimientos para obtener beneficios y sus derechos. Cuando el proceso de atención al usuario no funciona de forma apropiada, los afiliados estarán más propensos a cometer errores, como entregar información incompleta que los obligará a comenzar nuevamente el proceso—siempre y cuando no incurran en mayores gastos que les impidan obtener sus beneficios. Por otro lado, si

sus demandas de información son satisfechas de forma adecuada, los usuarios se sentirán bien atendidos—y la lealtad por el servicio aumentará.

En los mercados en donde la competencia es una realidad, la satisfacción del usuario por el servicio otorgado se vuelve un factor central en su decisión. En la medida en que los productos y los precios ofrecidos se hacen más similares y competitivos, la relación entre el proveedor y el beneficiario dictará la decisión de este último sobre mantener o cambiar al proveedor. Este comportamiento hace que en general mejoren los servicios. Sin embargo, en los sistemas de seguridad social integrados verticalmente que mantienen afiliados cautivos, la satisfacción del usuario por lo general no se toma en cuenta y los procesos rara vez se mejoran para atender mejor a la población. Esta indiferencia disminuye la confianza en la institución y la gente que no se encuentra protegida por el sistema de seguridad social no tendrá más incentivos para afiliarse.

Nuestras recomendaciones a este respecto son:

- *Las instituciones que administran la información de los programas sociales deben establecer mecanismos para mantener actualizadas sus bases de datos con el enfoque de cuentas individuales para los beneficiarios y los empleadores. Estas cuentas serán verdaderos proyectos de largo plazo que otorgan a las familias una administración de sus beneficios a lo largo del ciclo de vida.*
- *Las instituciones deben adoptar sistemas de atención al usuario que les permitan tener un acercamiento con los beneficiarios y empleadores con un enfoque de uno a uno. Todos los países pueden adoptar tecnología líder para la administración de la atención al usuario, adaptando las aplicaciones a las condiciones locales, como la penetración del Internet (en regiones con mayores ingresos), teléfono celular (en regiones más pobres) u otras opciones.*

### III.2.4 Temas en la Entrega de Beneficios Solicitud y Pago de Beneficios

Una vez que el derechohabiente ha cumplido con los requerimientos para ser el receptor de un

beneficio, el siguiente paso es el proceso de verificar si todos estos requerimientos se cumplen satisfactoriamente para que los pagos comiencen a otorgarse. La elegibilidad administrativa en este Informe se refiere al proceso de solicitar beneficios. Cuando la información del afiliado se ha administrado de forma apropiada, y si el beneficiario está bien informado de todos los requisitos que se deben cumplir, entonces la elegibilidad administrativa es un asunto sencillo. La aceptación o negación del beneficio se decide de inmediato. Por otro lado, si la información no se encuentra actualizada y el individuo no sabe qué área contactar y qué información presentar, el proceso de verificar si es elegible para recibir beneficios puede convertirse en una tarea difícil, en términos de tiempo y dinero para el afiliado y el asegurador social. Los errores que podrían resolverse con una administración de la cuenta adecuada, como los de escritura o de información incompleta, pueden retrasar el proceso por meses y afectar el bienestar del afiliado.

Si los afiliados no están de acuerdo con la decisión de la institución, deberían tener el derecho de objetarla. En caso que se nieguen los beneficios o cuando éstos sean menores a los esperados, los afiliados deberían poder apelar la decisión a través del sistema legal o de un tribunal independiente. Un proceso adecuado para manejar estas quejas es esencial si se quiere que el programa social sea transparente. En varios países la forma tradicional de enfrentar estos problemas es presentando una demanda contra la institución a través del sistema legal. Sin embargo, el enfoque jurisdiccional es costoso para todos: la institución, el individuo y el sistema judicial. Por lo tanto, el proceso de manejo de quejas debería ser construido de forma tal que sea justo y equitativo para todas las partes involucradas. Por lo general, el litigio es causado por retrasos en la adjudicación administrativa o en la respuesta. Por ejemplo, los procedimientos lentos para dictaminar la discapacidad son una de las causas más comunes de conflicto.

Un proceso apropiado de manejo de quejas aumentará la confianza en el sistema, que es necesaria para servir de forma adecuada a los afiliados actuales y mantener su lealtad. Asimismo, la población no cubierta estará más dispuesta a contribuir si sabe que las decisiones de la institución pueden ser disputadas. No obstante, las agencias públicas que identifican la atención al usuario únicamente como un problema de manejo de quejas estarán destinadas a entrar en un costoso ciclo que las llevará a buscar formas de minimizar las quejas, haciéndolas aún más costosas. Las recomendaciones sobre este tema son las siguientes:

- *Identificar los problemas que llevan a litigios y resolverlos mejorando los procesos de manejo y administración de la cuenta y de atención al usuario. La solución efectiva a las quejas debe ser un objetivo, pero no resolverá la mayoría de los problemas, y debe ser parte del ciclo de administración de la cuenta y atención al usuario.*
- *Evitar las estrategias de negación de beneficios por parte de la institución al hacer que las quejas se manejen a través de un proceso externo (en el sistema judicial o con otra instancia apropiada del sistema legal del país, como un tribunal administrativo) que pueda proveer una pronta y efectiva solución al ciudadano y que desaliente a la agencia de incurrir en errores "voluntarios".*

### **Beneficios Monetarios**

La dificultad central de este proceso se encuentra en la capacidad de las instituciones para entregar los beneficios. En un gran número de casos, obtener el pago mensual puede ser una tarea costosa para el beneficiario respecto al beneficio percibido. Esto es particularmente cierto para las familias de bajos ingresos o las que viven en zonas rurales, ya que por lo general tienen una mayor probabilidad de incurrir en altos costos de traslado para llegar a los centros de pago. Entonces, el punto de interés en el proceso de otorgar beneficios monetarios es acerca de cómo hacerlos llegar de forma rápida y barata. La institución

a cargo del pago de beneficios podría sacar provecho de varios de los servicios que ya están implementados, como el servicio postal o las agencias gubernamentales que se encuentran cerca de estas regiones. Asimismo, como se ha hecho con otros servicios gubernamentales, los pagos podrían ser otorgados por instituciones locales del sector privado, o utilizando el sistema bancario cuando sea posible. Un sistema que no es capaz de hacer llegar los beneficios a la gente lastimará a los beneficiarios y no dará incentivos a la afiliación para los que no contribuyen.

Otro problema que tiene que ver con el pago de los beneficios es acerca de los requisitos para cobrarlos. Por lo general, la institución que los otorga pide una credencial o documento emitido por la agencia de aseguramiento, o una tarjeta de identificación, y en algunas ocasiones también solicita el llenado de una forma. En el caso particular de los documentos emitidos por el pagador, la pérdida por lo general implica un largo tiempo de espera, hasta que se logre el reemplazo, y por consiguiente el retraso de los beneficios. La utilización del sistema bancario para realizar transferencias a la cuenta del beneficiario puede ser más sencilla y cómoda. Aquí se puede ver cómo unos procesos erróneos de afiliación y administración de la cuenta complicarán la entrega de beneficios.

Ejemplos notables del uso de TI para llevar beneficios monetarios a poblaciones remotas con facilidad son el de Namibia (OIT 2006) y el de Sudáfrica. En Namibia un pequeño grupo de empleadores del *United Africa Group* es el encargado de llevar las pensiones por vejez y discapacidad y las asignaciones especiales para niños a los ciudadanos elegibles de pequeñas zonas rurales. Viajan a través del país en un vehículo con una computadora portátil conectada a un cajero automático o dispensador de efectivo. El cajero entrega el dinero una vez que los beneficiarios han puesto sus huellas digitales en un lector conectado al ordenador portátil y presentado una "tarjeta inteligente" en la que se registra el pago. El punto de reunión cambia periódicamente por razones

de seguridad—a las personas se les avisa por radio o telégrafo cuando esto sucede (OIT 2006).

De forma similar, la Agencia de Seguridad Social de Sudáfrica (SASSA) ha logrado un interesante sistema de pago de asignaciones familiares destinadas a las familias de bajos ingresos. Esta institución nacional fue creada en el 2004 y rediseñó por completo los procesos que utilizaban las provincias para otorgar estos beneficios. La SASSA está acelerando el proceso de elegibilidad administrativa al adoptar nuevas tecnologías que permiten el rápido intercambio de información con otras fuentes gubernamentales. Intenta reducir el número de personas y procedimientos que antes se requerían para este proceso. También está disminuyendo las filas de espera al dar a los beneficiarios un horario específico para recoger sus asignaciones (South Africa Info 2006). Además, se espera que la nueva SASSA disminuya considerablemente el fraude al otorgar beneficios exclusivamente a la población que califica al programa.

Respecto a estas cuestiones se recomienda lo siguiente:

- *Las agencias encargadas del pago de beneficios deberían utilizar la mejor tecnología para identificar a los beneficiarios y pagar los beneficios monetarios. Para las poblaciones urbanas de la mayoría de los países hay pocos argumentos para no utilizar el sistema bancario y otros grandes proveedores de pago (como los supermercados). En el caso de las poblaciones difíciles de llegar, también existen historias de éxito debidas a la modernización, que tal vez requieran de un esfuerzo de coordinación nacional, pero que se pueden lograr en la mayoría de las circunstancias.*