

CAPÍTULO II
UN MARCO DE REFERENCIA PARA ANALIZAR LA ORGANIZACIÓN Y
ADMINISTRACIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES

CAPÍTULO II

UN MARCO DE REFERENCIA PARA ANALIZAR LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES

II.1 Introducción

El enfoque propuesto para los programas de protección social en este Informe requiere de un marco conceptual que permita un análisis sistemático entre programas. Es necesario permitir comparaciones para medir el desarrollo y los costos administrativos, así como encontrar elementos que lleven a conclusiones sobre las ventajas y desventajas de la integración o separación de los procesos que en conjunto permiten a los sistemas nacionales proveer seguridad social.

El objetivo de este capítulo es definir ese marco de referencia y establecer una plataforma para el análisis de los programas especiales que se han diseñado para atender riesgos específicos. Así, esta estructura común será la base para la organización de los siguientes capítulos. El marco de referencia general es comúnmente utilizado en la literatura sobre administración. Éste será familiar para aquéllos que han analizado organizaciones y sistemas operativos. Los detalles del marco de referencia son hasta cierto punto arbitrarios, pero esto no daña el objetivo de este Informe.

II.2 Marco Conceptual

Las instituciones públicas y privadas que han mejorado su productividad han recurrido a alguna de las siguientes estrategias: rediseño operativo, rediseño organizacional o estrategias de abastecimiento. Esta última puede pensarse como

un proceso dentro del modelo operativo, aunque, dada su importancia para promover la productividad, no será analizada en este Informe. El diseño operativo y el diseño organizacional son básicamente los que dan soporte a la estrategia. El diseño organizacional es el elemento que facilita el ejercicio del modelo operativo, que a su vez se justifica por las metas de la estrategia. En primer lugar, los requerimientos operativos deben estar determinados para alcanzar los niveles de desempeño establecidos en la estrategia, y después debe buscarse un diseño organizacional adecuado (Hagel 1994). Este es el enfoque que trataremos de seguir en este Informe.

II.2.1 Modelo Operativo

Un proceso es "un conjunto de actividades conectadas a través de flujos de bienes y de información que transforma varios insumos en productos de mayor valor" (Leonard y Gray 1995). El capital humano, la tecnología y los procedimientos forman parte del proceso. En el sector de los servicios, la tecnología es principalmente de información. El término "proceso" puede utilizarse para describir a un subconjunto de la organización, caso en el que se habla de un proceso único; o bien, puede utilizarse para referirse al conjunto de procesos que se realizan dentro de una organización, que es lo que comúnmente se denomina como *modelo operativo*.

Utilizaremos, como suele hacerse en este tipo de análisis, la herramienta de los diagramas de flujo para tener una mejor y más clara comprensión del modelo operativo. Idealmente esta herramienta muestra los procedimientos organizados cronológicamente. Para hacerlo, se describen casi todas las tareas involucradas. Los diagramas utilizados señalan las principales actividades o tareas que deben desempeñarse. De este modo, aunque siguen un orden cronológico, existen algunos casos en que tal ordenamiento no es posible debido al nivel de agregación que utilizamos. Al no enfocarnos en los detalles tenemos la ventaja de mostrar una vista panorámica de los programas. Los diagramas de flujo de los programas de protección social, como se podrá ver en las próximas secciones, incluyen máximo cinco procesos centrales: i) desarrollo del producto, ii) financiación, iii) administración, iv) entrega de beneficios (monetarios) y v) provisión de servicios en general. Aunque en algunos programas sólo cuatro procesos (sin incluir la provisión) son relevantes, en otros programas el proceso más importante probablemente sea el de la provisión.

En este Informe no se analizarán algunos de los procesos administrativos que son indispensables para el funcionamiento de cualquier empresa u organización. Entre éstos se encuentran el manejo de los recursos humanos y la contabilidad.

El *desarrollo del producto* se refiere tanto al diseño del programa como a la evaluación de su viabilidad financiera y de sus beneficios. Para esto se basa en información relacionada con las condiciones sociales (incluyendo las laborales, financieras y de otros mercados; el estado del conocimiento médico; y el comportamiento de las comunidades) y con las expectativas de los usuarios y de toda la sociedad. Un elemento clave de los programas sociales es su diseño, pues éste debe implicar mejoras en el bienestar de los usuarios. Dado que los programas de la seguridad social no involucran la decisión voluntaria de comprar a un cierto precio, el diseño debe hacerse con cuidado. Los usuarios de los programas sociales no son clientes en el sentido de

que pueden elegir al servicio o al proveedor. No sólo son necesarias las proyecciones actuariales, sino que también se deben tomar en cuenta las respuestas derivadas del comportamiento de los beneficiarios— como la respuesta de la oferta laboral al aplicar un impuesto, o el potencial para proveer cuidados a bajo costo a nivel de la comunidad. Comprender los incentivos de los beneficiarios es la base del desarrollo de producto.

Al diseñar un programa no sólo se deben proyectar costos y beneficios, sino que también se deberían considerar los costos administrativos y las pérdidas netas que surgen de la aplicación de un impuesto. A pesar de que las consideraciones financieras frecuentemente son vistas como la principal causa de los problemas y el principal reto a resolver, cuando se implementan reformas limitadas a esta materia los resultados pueden ser de igual forma limitados. Un claro ejemplo es la opinión que sostiene que las edades de retiro deben ser modificadas para alcanzar el balance actuarial de un sistema de pensiones, siendo que el evento predominante parece ser que, sin importar la edad oficial, las personas prefieren retirarse antes a medida que aumenta su riqueza o apenas alcanzan certeza sobre sus ingresos futuros, especialmente cuando los impuestos marginales a los ingresos son altos. Entonces, parece necesario no centrarse en las edades de retiro oficiales para resolver el problema del retiro temprano, sino en todo el diseño de los programas de la seguridad social en términos de: i) los impuestos marginales al trabajo y de las pensiones; ii) de cómo se encuentre definida la transición entre empleo y retiro, respecto al cuidado de la salud, iii) de la habilidad de las regulaciones laborales para facilitar el retiro parcial y gradual, y iv) del retorno cíclico de los adultos mayores a la fuerza laboral, entre otros elementos. Asimismo, es bien conocido que la intensidad del uso de los servicios de salud y el crecimiento de los gastos puede estar asociado principalmente con la forma en que se organizan los planes de salud. De este modo, los estudios financieros y actuariales pueden resultar

poco acertados si prevalece un entorno donde cambia constantemente la participación de los individuos en los programas de salud.

Estas interacciones derivadas del comportamiento de los individuos alcanzan un alto nivel de complejidad y por lo tanto plantean un reto para el diseño de los programas. Un entendimiento claro y consistente de los procesos administrativos que conforman los servicios finales de protección social contra cada riesgo promete ser una herramienta útil para dilucidar tal complejidad y facilitar la definición de soluciones administrativas, independientemente de los debates políticos que en otro caso podrían interferir de forma inadecuada.

La *financiación* abarca los procesos de afiliación, recaudación y asignación de información y dinero. Esto incluye la afiliación a los programas de seguridad social y a los esquemas financiados con impuestos generales. La recaudación se corresponde con la forma de afiliación, y en el caso de la seguridad social se basa en la nómina. La recolección en los programas financiados por impuestos generales requiere solo de la transferencia de fondos del gobierno hacia la entidad a cargo del programa; esta tarea cada vez se hace más con base en información a nivel individual. Los programas algunas veces aceptan contribuciones adicionales de las familias.

Mantener un registro por cada persona es una tarea que debe hacerse tanto en programas financiados con fondos globales como en los de cuentas individuales porque en ambos casos debe haber un registro a nivel individual. La asignación del dinero depende en gran medida de las regulaciones básicas del programa. En algunos casos, la asignación se encuentra definida en los estatutos de una manera detallada, como ocurre en los sistemas de cuentas individuales para el seguro de vejez. En un sistema de reparto, la asignación puede hacerse a un fondo colectivo que será gradualmente transferido décadas más tarde (en promedio) a los individuos. De forma similar, los estatutos pueden definir con detalle las fórmulas presupuestales para asignar los ingresos por impuestos para la salud a fondos específicos,

mientras que en otros casos el dinero puede ir a un fondo nacional que lo redistribuya entre hospitales y médicos de acuerdo a un proceso de decisión interno, sin la necesidad de recurrir a fórmulas explícitamente descritas en algún estatuto. La asignación también aplica a programas basados en presupuesto cuando el dinero debe ser distribuido a diferentes grupos de la población y regiones.

Estos ejemplos comienzan a mostrar la ventaja de desagregar las diferentes actividades que juntas resultan en la provisión de un servicio: se pueden obtener grandes economías de escala al compartir costos entre los diversos programas de aseguramiento, como en el caso de los procesos de afiliación y recaudación. No obstante, para el proceso de asignación, los programas de salud, retiro, invalidez general, cuidado de niños y otros riesgos cubiertos, típicamente requieren de soluciones específicas a cada riesgo. De esta forma, la decisión de integrar verticalmente todos los procesos de un programa específico implica la posible pérdida de ganancias significativas en eficiencia debido a la incapacidad de crear un fondo común de recursos con otras instituciones que administran distintos riesgos sociales.

La *administración* abarca los procesos que se encuentran entre la afiliación y la entrega de beneficios. Comprende aquellos procesos que versan sobre la administración de los fondos, la relación con los beneficiarios, y la relación con los proveedores potenciales. Como se verá en los siguientes capítulos, la relación con los beneficiarios, conocida como administración de la cuenta y atención al usuario (AC y AU), por lo general se ignora cuando los beneficiarios no pueden elegir asegurador. Sin embargo, este proceso es una herramienta fundamental para aumentar la lealtad de los afiliados cuando los programas permiten esta elección. Además, toma una importante relevancia cuando en el país prevalece una economía informal que en la práctica implica la elección de los trabajadores entre empleos cubiertos y no cubiertos. Las acciones tomadas en esta área

pueden mejorar de forma significativa la satisfacción del usuario y el apoyo general de los ciudadanos hacia el programa.

La *entrega de beneficios* incluye dos procesos básicos: solicitud de beneficios y pago o desembolso. El primero abarca el procesamiento de solicitudes, en particular la evaluación de los criterios de elegibilidad en términos de los años de contribución o registro al programa, y la elegibilidad administrativa. La elegibilidad puede de igual forma depender del grado de necesidad, como el tener ingresos por debajo de cierto nivel o estar desempleado. A estos casos los referiremos como elegibilidad condicionada. En algunos programas, como el de invalidez general y el de cuidados de largo plazo, existe un proceso adicional que consiste en verificar la existencia de ciertas condiciones físicas y mentales. Por último, en todos los programas existe un proceso para administrar reclamaciones o quejas. Éste puede ser importante para que las instituciones salven dificultades particulares y mejoren el servicio. El proceso de desembolso se refiere al pago de un beneficio monetario una vez que la solicitud ha sido aprobada. En algunos seguros, como salud o cuidado de niños, los beneficios no se pagan directamente o se rembolsan en efectivo, sino que se otorga una autorización para recibir los servicios.

La *provisión*, para el propósito de este Informe, se refiere a los servicios clínicos que se proveen bajo los seguros de salud y riesgos de trabajo (programas de atención a la salud), y los beneficios en especie del seguro de cuidados de largo plazo y del servicio de guarderías de los programas de cuidado de niños. En los programas de desempleo y en otros programas asistenciales, la provisión puede variar desde la escuela tradicional hasta la capacitación laboral. Asimismo, los proveedores de salud y de servicios de cuidado de niños usualmente son heterogéneos entre las sociedades. Esto representa un reto para las instituciones, pues se enfrentan a la necesidad de crear procesos flexibles desde la financiación hasta el desembolso. Debido a la vasta heterogeneidad que prevalece en estos programas,

no analizaremos el proceso de provisión de los seguros de desempleo, cuidados de largo plazo, cuidado de niños y de los programas asistenciales.

II.2.2 Diseño Organizacional

Por diseño organizacional denotamos, por un lado, si los servicios deberían estar integrados verticalmente, por ejemplo, desde la afiliación hasta la provisión; y por otro lado, si los diferentes programas deberían ser administrados por la misma organización, por ejemplo, que la misma institución se encuentre a cargo de los seguros de desempleo y retiro. Además, queremos investigar si algunos procesos de un programa específico deberían ser administrados de manera conjunta, mientras que otros de forma separada. Por diseño organizacional también nos referimos al mapa interno de las instituciones. Por ejemplo, si las organizaciones se diseñan alrededor de programas, usuarios o regiones, o sobre el papel de los centros de servicios compartidos, entre otros.

En décadas anteriores, cuando se asumía que las instituciones debían estar verticalmente integradas, la integración horizontal requería de la aglutinación de un gran y complejo conjunto de procesos. Actualmente, la tendencia hacia la separación vertical (en particular, que los servicios de financiación y provisión sean desempeñados por instituciones distintas) ha abierto la puerta a modelos organizacionales más complejos y efectivos, donde una fuerte cooperación horizontal en algunos niveles se hace compatible con una descentralización dinámica similar en otros.

Mientras que las llamadas "restricciones políticas" por lo general se consideran como la principal causa de un diseño organizacional obsoleto, el desarrollo de un mapa claro de metas y estrategias y un diseño organizacional bien definido deberían proporcionar los incentivos suficientes para reformar los procesos de los seguros sociales y las estructuras organizacionales. Además, durante el diseño se deben evitar las limitaciones que obligan a invertir en fórmulas o procesos que reducen las oportunidades

de realizar sinergias (por ejemplo, al complicar la integración del proceso de manejo de datos entre las instituciones).

II.3 Un Análisis General de los Sistemas Operativos de los Programas de Seguridad Social

II.3.1 Los Programas

Esta sección muestra una revisión de los diferentes procesos que prevalecen en los sistemas de seguridad social. Al hacerlo, seremos capaces de reconocer los procesos comunes entre programas, al igual que los procesos específicos de cada uno de ellos. La identificación de los procesos comunes y específicos se hace por dos razones. La primera es para organizar la discusión de este Informe. Los capítulos subsecuentes discuten los procesos específicos a cada uno de los programas. La segunda razón es para proveer la información relevante que se requiere para evaluar el diseño organizacional.

Para todos los riesgos, el mismo producto final—pago de beneficios o provisión de un servicio—puede alcanzarse a través de distintos caminos. Los siguientes ejemplos ilustran esta idea. En el seguro de salud, los beneficios pueden otorgarse bajo programas de seguridad social o bajo programas asistenciales, pero en cualquier caso, la financiación y la administración tienen que facilitar la operación de hospitales, cuya estructura médica es independiente de la forma en que se administre. Un segundo ejemplo se relaciona con los beneficios pensionarios que pueden proveerse bajo programas contributivos o asistenciales (no contributivos). Cada uno de estos esquemas incluye procesos particulares de afiliación y recaudación, aun cuando sus procesos de asignación y pago sean similares. Para organizar la discusión, los siguientes párrafos describen el mapa general de procesos de cada uno de los programas de seguridad social que se consideran en este Informe.

Se verá que en cualquier programa de seguridad social existe un conjunto de actividades "obligatorias" o "naturales" que deben desempeñarse. No obstante,

los procesos se pueden organizar de maneras muy distintas entre los países e incluso dentro de un mismo país. Por ejemplo, todos los casos de discapacidad tienen que ser evaluados y definidos como tales antes de que se otorgue el beneficio, sin importar la fuente de financiación. Es decir, sin tener en cuenta si la financiación proviene de cuentas individuales de ahorro, aseguramiento público, del mercado de aseguramiento privado, o de un ministerio de gobierno centralizado. Entonces, los pasos anteriores o subsecuentes al proceso de evaluación pueden ser organizados de manera distinta, pero la cuestión sobre la valoración del estado de la persona tiende a ser igual en los programas de discapacidad. Este tipo de proceso común genera una pregunta interesante: ¿es posible definir elementos comunes no sólo al nivel de procesos específicos, sino también a un nivel integral? Por lo general la respuesta es afirmativa. Sin embargo, aun cuando la investigación académica provee pistas útiles sobre la estructura general de los programas, estos avances no son uniformes entre los riesgos sociales y pueden presentarse debates sobre la definición de un "mapa óptimo" para cada programa de aseguramiento social.

En un sentido, los mapas de todos los programas pueden parecer muy similares. Cada mapa incluye los procesos de afiliación, recaudación y asignación de fondos; administración de riesgos; y entrega de beneficios; algunos otros incluyen también el proceso de provisión. Sin embargo, el tipo de riesgo y los costos administrativos asociados a cada proceso varían de forma considerable. En algunos programas, gran parte de la solución al problema de la administración del riesgo social puede realizarse al nivel de la afiliación, recaudación y asignación. Por ejemplo, un programa de aseguramiento para el retiro—esquema que involucra el pago de una pensión monetaria—que resuelve adecuadamente estos primeros pasos, puede enfrentar después procesos que no son tan distintos de aquéllos que se realizan en un mercado de aseguramiento privado: inversión de los fondos con una combinación adecuada de

riesgo y rendimiento, administración de las cuentas y entrega de beneficios en una forma puntual y costo efectiva. Por el contrario, para un programa de aseguramiento de la salud, el "siguiente" paso, el proceso de administración, todavía representa un desafío para la administración del riesgo social, pues aún se debe lidiar con la asignación de pacientes entre distintos planes de salud, la continua reevaluación y medición del riesgo a los niveles individual y comunitario, y la redistribución de los recursos públicos a través de los años en maneras difíciles de predecir, entre otras. Además, en otros casos, el proceso "final"—la provisión de servicios—puede definir la esencia del programa, como es el caso de los programas públicos de empleo que operan a través de mejorar los incentivos y la información disponible para los empleadores y los buscadores de empleo, o los programas de cuidados de largo plazo, que buscan la participación de la comunidad. En resumen, para delinear mapas más útiles es necesario identificar los problemas del comportamiento y las estructuras de costo que afectan la administración de cada riesgo. El resto de esta sección resume algunas de las cuestiones que se desarrollarán con mayor profundidad en los siguientes capítulos.

Pensiones. El diagrama de los programas de pensiones se conforma por los primeros cuatro procesos. En este caso, la provisión no juega un papel. Las cuestiones de afiliación y recaudación resuelven en gran medida los retos administrativos que enfrentan estos programas.

Invalidez general. Uno de los procesos más importantes del seguro de invalidez se refiere a la evaluación de la condición. Este programa enfrenta el reto de adaptarse al cambiante punto de vista social sobre lo que es la discapacidad, y de alcanzar el objetivo de reintegrar a las personas con discapacidad a una vida normal, incluyendo su retorno a la fuerza laboral.

Salud. Puede argumentarse que los programas sociales de salud presentan en la actualidad los problemas administrativos más complejos. Existen

tres procesos principales en el seguro de salud de acuerdo a Chernichovsky (1995): financiación, administración (etiquetada como "organización y administración del cuidado de la salud," OACS), y provisión. El proceso de OACS tiene que enfrentar la contención del presupuesto y el pago a los proveedores, que por lo general se identifica como la función de "compras" de los fondos de salud. La administración del riesgo, la administración de la cuenta, la atención al usuario y la administración de la provisión son asuntos centrales para este seguro. En algunos países, el seguro de salud incluye además pagos en efectivo asociados a la incapacidad de trabajar, lo que establece una relación entre el seguro de salud y los programas de beneficios monetarios: invalidez, riesgos de trabajo, desempleo, y otros.

Si los servicios de salud no se proveen bajo un mecanismo de aseguramiento, algunos de los procesos simplemente no existen, o se encuentran integrados con algún otro. Cuando estos programas se financian con impuestos generales, y a los proveedores se les asigna un presupuesto directamente, los procedimientos de asignación y recaudación pueden no desempeñarse, y en la mayoría de los casos la función de OACS se reduce a la administración de un presupuesto para comprar medicamentos y materiales y pagarle al personal. Aun así existen funciones que deben ser desempeñadas, como la asignación, la administración de riesgos, y la atención al usuario. La provisión se desempeña casi en los mismos términos que los programas de aseguramiento desde un punto de vista médico, pero los incentivos sobre los proveedores pueden variar considerablemente.

Seguro de riesgos de trabajo. Los beneficios otorgados por los seguros de riesgo de trabajo varían significativamente entre países. En algunos incluyen el seguro de salud (incluyendo aparatos médicos), pago de beneficios monetarios (que a su vez tienen distintas modalidades), reentrenamiento, y los servicios de prevención para empresas y trabajadores. Dos de las variedades que presenta el seguro de riesgos de trabajo se refieren a la forma

de pago, que puede ser una suma fija o un conjunto de reembolsos periódicos. Prevalcen dos procesos muy importantes para administrar este riesgo: la implementación de medidas preventivas para reducir los riesgos en el trabajo (por lo tanto, los procesos de administración de la cuenta y atención al usuario son de primera importancia) y la evaluación de la discapacidad mental o física.

Seguro de desempleo y servicios de empleo. En general, el seguro de desempleo puede tomar dos modalidades. La primera, que era la solución más utilizada hasta los años ochenta, se basa en la entrega de beneficios económicos (reemplazo del ingreso) para los desempleados. La segunda, que aparentemente definirá una tendencia en el largo plazo, relaciona el pago de beneficios a la participación de los beneficiarios en cursos de capacitación y actividades de búsqueda de empleo.

Cuidado de niños. Este programa se refiere especialmente al cuidado de los niños de madres trabajadoras que aún no pueden asistir al sistema escolar. Debido a que prevalece una gran variedad de programas en los países, el proceso de diseño del producto, al igual que el de administración de la cuenta y atención al usuario, son los procesos básicos a analizar. Parece que un programa exitoso de cuidado de niños se define en gran medida por su capacidad de relacionar las necesidades de las familias con una oferta heterogénea, y de permitir esta concordancia con los flujos financieros disponibles para el programa de seguridad social.

Cuidados de largo plazo. Este programa se refiere a la serie de servicios provistos a las personas que no son del todo capaces de cuidarse a sí mismas durante un largo plazo. Incluye los servicios diseñados para minimizar, restaurar o compensar por la pérdida de independencia en el funcionamiento físico o mental. Como parte de la seguridad social, este programa tiene dos tareas importantes que cumplir. La primera es la evaluación de la necesidad, ya que existen problemas de riesgo moral *ex post*, en particular cuando se toma en cuenta que la necesidad en sí no es observable por el asegurador sino sólo

alguna medida de ésta. Una vez que el individuo ha reclamado el beneficio, puede intentar influenciar el proceso de evaluación para obtener las mayores ganancias posibles del seguro. En segundo lugar, está el servicio (ya se provea directamente o se subrogue) que debería ser objeto de un monitoreo y evaluación cuidadosos.

Programas asistenciales o no contributivos. Los programas asistenciales, especialmente los de transferencias en efectivo, están diseñados para beneficiar a la población de bajos ingresos o vulnerable (como las madres solteras, los adultos mayores, las personas con discapacidad y los agricultores pobres). A la vez, algunos de estos programas pueden tener como segundo objetivo aumentar el capital humano de los grupos de bajos ingresos a través de la modificación de la demanda de cuidado de salud y asistencia a la escuela. Para este propósito, los beneficios de los programas pueden estar condicionados a la corresponsabilidad de los beneficiarios. Estos programas han estado creciendo como parte de las estrategias para combatir la pobreza, y algunas veces han sido definidos como complementarios a la seguridad social, aunque en ocasiones se han hecho concurrentes y competitivos (por ejemplo, por el dinero del presupuesto público). Con frecuencia incluyen un seguro de salud o un beneficio pensionario complementario, así que deberían ser diseñados en conjunto con el mecanismo general de aseguramiento social. Es claro que algunos de estos programas son similares a los programas tradicionales de asignaciones familiares que otorga la seguridad social.

Estos programas involucran tres procesos importantes. Primero, el desarrollo del producto, porque debe ser consistente con el objetivo de fomentar la formalización de las actividades laborales, entre otros. En segundo, la afiliación, porque los programas de pruebas de medios requieren de instrumentos para identificar los beneficiarios a nivel individual y antes de que ocurra un evento negativo. En tercero, la evaluación de la elegibilidad para el pago de beneficios es también fundamental. Una pregunta

natural en relación a estos programas se refiere al grado en que deberían ser administrados por las instituciones de seguridad social. Por ejemplo, las instituciones de seguridad social son más propensas a tener las bases de datos más extensas sobre los ciudadanos y sus números de identificación (ID), y pueden también tener ventajas como pagadores de beneficios a toda la población.

II.3.2 Identificación de los Procesos Comunes y Específicos

Esta sección discute todos los programas a nivel global. Esto nos permite identificar los procesos comunes y específicos que prevalecen entre los programas de seguridad social. A su vez, la Gráfica II.1 estructura la discusión detallada que se atenderá en los próximos capítulos.

Desarrollo del producto. De las cuatro actividades incluidas en el proceso de diseño del producto, se pueden identificar dos que son muy similares entre los programas, y dos que requieren de un tratamiento separado para cada programa. La investigación de mercado y la evaluación financiera se realizan siguiendo prácticas que aplican no sólo a todos los programas, sino a todos los beneficios que serán introducidos o modificados en el mercado o sociedad. Estos procesos no serán analizados en este Informe. El diseño del producto y su implementación, así como la administración del ciclo de vida merecen ser discutidos en detalle para cada programa. Cada uno de los programas sirve a diferentes propósitos, enfrenta múltiples alternativas y se ofrece a distintos grupos de la población.

Financiación. En el proceso de financiación, que incluye afiliación, recaudación y asignación, podemos identificar dos casos arquetípicos: i) programas de seguridad social y, ii) programas financiados con impuestos generales.

Administración. Mientras que diferentes programas deberían invertir sus fondos de reserva de manera distinta de acuerdo a una estrategia de riesgo-rendimiento—según al alcance temporal y el riesgo cubierto—la administración de riesgos y los

principios contables deberían ser aplicados a todos. Esto se discutirá en el Capítulo III. La administración de la cuenta, por otro lado, es muy similar en todos los procesos, y de hecho, puede ser la fórmula para construir sistemas de información entre las organizaciones de seguridad social. En cuanto al proceso de atención al usuario, aunque debería estar presente en todos los programas, las acciones hacia el interior pueden ser muy específicas y variar substancialmente. La atención al usuario será analizada en general en el Capítulo III y después para cada programa. La administración de la provisión es importante si los beneficios se proveen en especie, ya sea directa o indirectamente. Entre estos se incluyen salud (y los beneficios cubiertos por el seguro de riesgos de trabajo), cuidado de niños, cuidados de largo plazo, y los programas asistenciales.

Entrega de beneficios. Debido a que la elegibilidad administrativa o solicitud de beneficios y el manejo de quejas son similares en todos los programas, los aspectos generales se discutirán en el Capítulo III. La elegibilidad condicionada en el seguro de desempleo y en los programas asistenciales será discutida en los Capítulos VIII y XI. En los Capítulos V y VII se tratará el tema de la evaluación física y mental en los seguros de invalidez y de cuidados de largo plazo, respectivamente. Los pagos en efectivo a los beneficiarios de todos los programas se discutirán en el Capítulo III.

Provisión. Hasta ahora hemos identificado cuatro programas en los que este proceso es de gran relevancia: salud (incluyendo los beneficios cubiertos por el seguro de riesgos de trabajo), seguro de desempleo, cuidado de niños y cuidados de largo plazo. Sin embargo, dado que el proceso de provisión se encuentra muy fraccionado y dispar en los seguros de desempleo, cuidado de niños y cuidados de largo plazo, la provisión sólo se describirá en el capítulo que trata el tema del seguro de salud.

Gráfica II.1
Índice de Procesos por Programa

	Financiación			Administración			Entrega de beneficios		Provisión
	Afiliación	Recaudación	Asignación	Inversión y admon. del riesgo	AC y AU AC	Admon. de la provisión AU	Solicitud de beneficios	Pago de beneficios	
<i>Pensiones</i>	IV				IV		III, IV	III	
<i>Invalidez general</i>	V				V		III, V	III	
<i>Salud</i>	VI				VI	VI	III, VI	III	VI
<i>Seguro de riesgos de trabajo</i>	VII				VII		III	III	
<i>Desempleo y programas de empleo</i>	VIII				VIII	III	III, VIII	III	
<i>Cuidado de niños</i>	IX				IX		III	IX	
<i>Cuidados de largo plazo (CLP)</i>	X				X	X	III, V	X	
<i>Programas no contributivos o asistenciales</i>	XI				XI	XI	XI	XI	