

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/78369>

Please be advised that this information was generated on 2021-06-21 and may be subject to change.

Capítulo 8: El Estado de Bienestar holandés y la dependencia*

Erik de Gier
Institute for Applied Social Sciences
Radboud University, Nijmegen

8.1. INTRODUCCIÓN

Las políticas de dependencia en los Países Bajos están inmersas en un debate político más amplio sobre la transformación del Estado de Bienestar holandés. Antes de 1990 la naturaleza del Estado de Bienestar holandés de post-guerra era principalmente universalista y estaba dirigida a la redistribución colectiva por medio de prestaciones y servicios sociales. Posteriormente, se inició un proceso de reforma fundamental, con consecuencias de largo alcance. Este proceso se puede caracterizar como "liberalización directa" (Van der Veen, 2005). En términos generales, la "liberalización directa" supone un cambio de un Estado de Bienestar redistributivo a un estado de inversiones sociales en el cual los ciudadanos son exhortados a tomar una responsabilidad más directa por su propio bienestar. En lugar de suavizar la incidencia de riesgos sociales, la seguridad social se ha convertido más bien en un elemento subordinado de las políticas activas de mercado laboral y los servicios sociales han sido parcialmente privatizados poniendo menos acento en la oferta de servicios y más en el lado de la demanda. En general, los gastos sociales colectivos han disminuido sustancialmente a lo largo del tiempo. En este contexto, se ha incrementado significativamente la responsabilidad individual y con ella, ha ganado importancia el papel del cuidado informal y de los seguros privados.

En la primera parte de esta contribución describiré con más detalle los principales antecedentes de la transformación que por el momento está sufriendo el Estado de Bienestar holandés con respecto a las prestaciones y servicios sociales. Después me centraré más específicamente en las políticas de seguridad social dirigidas a reducir la dependencia de las prestaciones sociales de los trabajadores discapacitados, los parados de larga duración y los mayores, y en la liberalización de los servicios sociales. Un ejemplo importante y representativo de liberalización de los servicios sanitarios, el *Presupuesto Personal*, se elaborará en el contexto de los cambios relevantes en la legislación (la Ley de Gastos Médicos Extraordinarios, *AWBZ*, y la nueva Ley de Apoyo Social, *WMO*). Terminaré formulando algunas conclusiones sobre política social y dependencia¹ en los Países Bajos.

8.2. EL ESTADO DE BIENESTAR HOLANDÉS, DE LA REDISTRIBUCIÓN UNIVERSAL A LA INVERSIÓN SOCIAL²

Aunque los fundamentos del Estado de Bienestar holandés se encuentran en los años anteriores a la guerra, como en muchos países europeos, su completa realización tuvo lugar entre el final de los sesenta y 1976. Fue entonces cuando se desarrolló la mayoría de la legislación, tanto en seguridad social como en aseguramiento sanitario. Casi todos los riesgos sociales, como desempleo, incapacidad, salud, vejez y supervivencia, fueron cubiertos de forma universal y, al mismo tiempo, relativamente generosa. El sistema era mixto, combinando seguros sociales de tipo bismarckiano basados en el empleo y seguros públicos y asistencia social garantizada por el Estado. El Estado de Bienestar resultante tenía, y aún tiene, rasgos de los estados de bienestar de tipo socialdemócrata y corporativista (Para su genealogía, ver Gráfico 1).

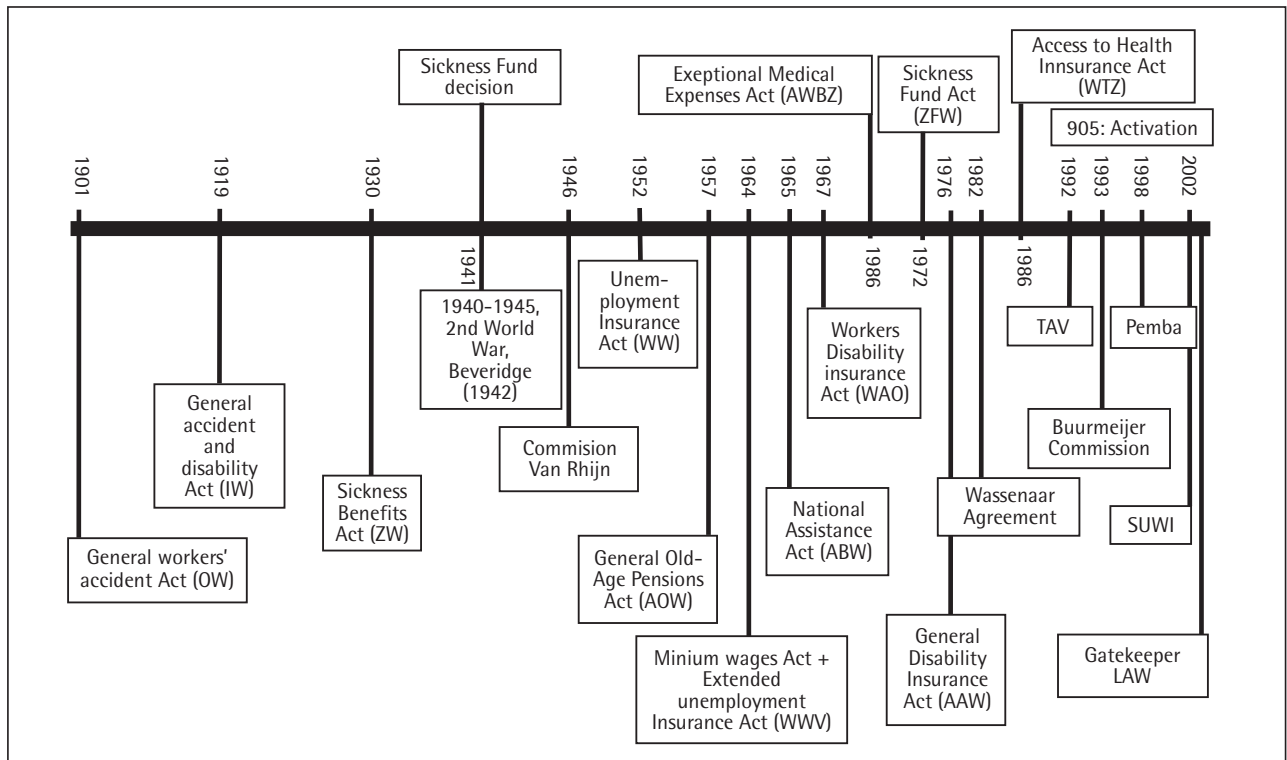
* Traducción por Beatriz Rodríguez Escudero.

1) Aquí, dependencia se define como dependencia del sistema del bienestar. Por lo tanto, se emplea como un concepto más amplio que la necesidad de cuidados de larga duración para las personas mayores y discapacitadas.

2) Basado parcialmente en De Gier, De Swaan y Ooijens, 2004.

GRÁFICO 1

Acontecimientos clave en el desarrollo del sistema de Seguridad Social holandés



La primera reacción tuvo lugar poco después de 1976 cuando el número de receptores de la Ley de Seguro de Incapacidad Laboral (*WAO*) continuó creciendo rápidamente hasta casi un millón de personas en los noventa. En ese momento esto coincidió con un fuerte incremento del desempleo. El problema no fue sólo el fuerte incremento de los gastos sociales colectivos, sino también el incremento de los trabajadores discapacitados con dependencias de larga duración y de los desempleados. El bien desarrollado sistema de aseguramiento del desempleo pero aún más la comparativamente más atractiva *WAO*, posibilitaron a muchos de los trabajadores mayores de baja cualificación, en colaboración con sus empleadores, usar estos esquemas como una vía de salida temprana del trabajo remunerado. Esto incitó a los sucesivos gobiernos a comenzar con la reforma del Estado de Bienestar holandés. Reducir costes disminuyendo la dependencia se convirtió en el primer objetivo, seguido por una nueva y ambiciosa reformulación de la administración del sistema de la seguridad social y del sistema de atención sanitaria.

En el cambio de siglo, la naturaleza del sistema de seguridad social holandés había pasado de, principalmente, la redistribución a la prevención de riesgos y la rápida reintegración en el mercado de trabajo de los desempleados y los discapacitados. Aparte de esto, los trabajadores mayores fueron desincentivados para aceptar las vías de salida rápida con la ayuda de la seguridad social o eligiendo una pre-jubilación. Esto dio lugar al llamado milagro del empleo holandés, con altos porcentajes de participación y niveles muy bajos de desempleo, en la segunda mitad de los noventa (Visser & Hemerijck, 1997). Comparado con los días de auge del Estado de Bienestar universalista, de ese momento en adelante el papel del Estado ha sido más limitado y la responsabilidad de las autoridades locales, entidades privadas y ciudadanos individuales ha aumentado sustancialmente.

Este no es el final de la historia de las reformas sociales. Varias tendencias, como el envejecimiento, la individualización, la internacionalización, el cambio del rol de las mujeres en el mercado de trabajo, la inmigración, los avances tecnológicos y un replanteamiento adicional del rol del Estado frente a los interlocutores sociales, entidades privadas y ciudadanos individuales ha puesto más presión en la sostenibilidad y arquitectura del Estado de Bienestar holandés. Tras el cambio de siglo se han completado nuevas reformas legales con respecto a los desempleados de larga duración, discapacitados y trabajadores mayores y el seguro de atención sanitaria, combinado con otras reformas administrativas. Al mismo tiempo, el actual debate político en marcha sobre el peso de la responsabilidad individual, la significación de las reformas orientadas al mercado y la introducción de una gobernanza pública ha dado un nuevo ímpetu a la política social.

En retrospectiva, durante los noventa, la parte del sistema de seguridad social orientada al trabajador fue transformada en un exitoso complemento de las políticas activas en el mercado de trabajo. "Trabajo primero" (*work first*) se ha convertido en la máxima dominante y sólo se garantizan prestaciones sociales como último recurso o temporalmente. Lo que se transformó no fue tanto la arquitectura del sistema de seguridad social como la organización de la administración de la seguridad social. En los años noventa, varias reformas legales cambiaron el sistema administrativo de forma sustancial, tanto la asignación de prestaciones sociales como el servicio de empleo público. La tradicional influencia de los sindicatos y las asociaciones de empresarios en la administración de la seguridad social fue mermada, a la vez que se reforzó la del Estado. Por otro lado, en el servicio de empleo público el Estado se distanció y la influencia de los interlocutores sociales se mantuvo fuerte. Además, el rol de las autoridades locales se hizo mucho más prominente en los casos de los parados de larga duración (asistencia social y servicio de empleo). Si miramos las diferentes leyes de seguridad social, el principal objetivo de la política social en los noventa era hacer estos, en conjunto, menos generosos y universales. Los niveles de acceso se elevaron, los niveles de prestaciones se redujeron y las duraciones de las prestaciones se acortaron, en combinación con políticas activas de reintegración.

Junto con las reformas de la seguridad social, que principalmente caen bajo la jurisdicción del ministro de Asuntos Sociales y Empleo, en los noventa también surgió la preparación para la reforma posterior del seguro de asistencia socio-sanitaria, que finalmente fue implementada a partir del 2006. Al contrario de lo que sucede en muchos otros países, el seguro médico de atención sanitaria es un compartimento casi separado del Estado de Bienestar holandés, que no pertenece al sistema de seguridad social formal, orientado a la protección de los ingresos. En este caso, es el ministro de Sanidad el principal responsable político. A diferencia del debate político en torno a la seguridad social, el debate político con respecto al seguro de atención sanitaria no se caracterizó por la máxima "trabajo primero", sino por uno distinto, el de "competición y liberalización" de servicios. No obstante, tanto "trabajo primero" como "competición y liberalización" tienen en común la orientación a la reducción de la dependencia de las provisiones garantizadas por el Estado.

Tras las discusiones iniciales, principalmente en el políticamente importante Partido Demócrata Cristiano (CDA), al igual que dentro de algunas organizaciones administrativas, el debate sobre la "competición y liberalización" con respecto a la atención sanitaria y otros servicios sociales se volvió serio

cuando la *RMO* (Consejo para el Desarrollo Social), un *think tank* gubernamental para cuestiones de política social, publicó un informe titulado "Bevrijdende kaders" ("Liberalizar las estructuras")³. En este informe el Consejo defendía un nuevo paradigma de gobernanza para el Estado de Bienestar holandés que armonizara mejor que el existente con las cambiantes circunstancias sociales, conteniendo la fuerte influencia del gobierno central. El Consejo proponía dos nuevos conceptos de gobernanza. En primer lugar, el Estado debería retirarse de la ejecución de las políticas y concentrarse en la gobernanza activa sobre líneas principales, manteniéndose más en segundo plano. En segundo lugar, el Consejo propuso una "horizontalización", esto es, una interacción más horizontal entre las principales partes interesadas (organizaciones administrativas, empresas y ciudadanos), en lugar de la vertical interacción corporatista más tradicional entre el estado central, las organizaciones administrativas, las empresas y los ciudadanos (*RMO*, 2002).

Este informe fue seguido de muchos otros elaborados desde otros ámbitos. El más importante en este sentido fue el consejo del prestigioso Consejo Científico para la Política del Gobierno (*WRR*) en 2004, llamado "Bewijzen van goede dienstverlening" ("Muestras de buenos servicios"). El *WRR* afirmaba en este informe que la calidad de los servicios sociales podría mejorarse sustancialmente descentralizando la preparación y ejecución de las políticas sociales, bajo la condición de dar mayor peso al lado de la demanda de servicios y al mismo tiempo por la horizontalización de la gobernanza. De acuerdo con el *WRR*, los cambios propuestos deberían también implicar un refuerzo de los profesionales y los clientes *vis-à-vis* con el Estado. El análisis en el que se basan las recomendaciones del *WRR*, es una evaluación crítica de la llamada "división del estado" o la escisión entre política y administración, como se había propuesto con anterioridad por parte del *RMO* y otros. Las principales objeciones contra la división del estado son:

- La destrucción de conocimiento sustancial relevante mediante la orientación por el rendimiento y el resultado.
- Un acento demasiado grande en la medida y la evaluación y, por tanto, la introducción de una "dictadura del promedio".
- La ilusión del consumidor soberano bien informado, capaz de tomar las decisiones correctas en todas las ocasiones.
- La desaparición del debate político-normativo debido a una abrumadora atención hacia la administración, gestión y control.
- El amontonamiento de las tareas de inspección externa y responsabilidad interna, con la consecuencia de que el control se convierte en una meta en sí mismo.

Con todo, el *WRR* está fuertemente a favor de la revitalización de las organizaciones de servicios sociales y de los profesionales empleados en ellas. Para ser capaz de cumplir esto, el *WRR*, sugiere un sistema de controles y equilibrios que tenga en cuenta la naturaleza mixta y relacional de los servicios sociales y que al mismo tiempo posibilite mejoras e innovación de los servicios. Los puntos de referencia para tal sistema son cinco:

3) Véase para una revisión del debate hasta 2006: Hooge y Faber, 2005.

- Organizar alianzas de conocimiento.
- Invertir en variaciones y prácticas innovadoras.
- Organizar adversarios activos y comprometidos.
- Cuidar de la responsabilidad pública.
- Organizar un sistema de inspección externa y de control coherente (WRR, 2004).

Finalmente, en 2006, el *RMO* hizo público un informe de seguimiento de su informe de 2002 en el cual refinaba aún más sus argumentos, discutiendo parcialmente el análisis y recomendaciones del *WRR*.

El título del nuevo informe del *RMO* es "*Verschil maken. Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*" ("Marcar la diferencia. Responsabilidad personal tras el Estado de Bienestar") (*RMO*, 2006). Aunque el análisis de los problemas sociales reales de la sociedad holandesa es separado en buena medida también por el *RMO*, el *RMO* no toma como punto de partida la posición y el rol de los profesionales de los servicios sociales y sus organizaciones, sino los clientes o ciudadanos individuales en sí mismos. Para ser capaz de transformar el Estado de Bienestar en un estado de inversión social o en términos del primer ministro cristiano suplente Jan Peter Balkenende, los ciudadanos individuales necesitan primero tomar por completo su propia responsabilidad personal en la solución de los problemas sociales. En este momento, los ciudadanos todavía cargan demasiada responsabilidad en los servicios sociales públicos y en la seguridad social, originando no sólo un estado del bienestar demasiado caro, sino también creando demasiado dependencia y apatía. A los ojos del *RMO* el estado del bienestar ha llegado a sus límites económicos, institucionales y político-ideológicos fundamentales.

El concepto de responsabilidad personal será la característica clave para las futuras reformas sociales porque conecta dos debates públicos diferentes. El primer debate trata de la relación entre Estado y ciudadanos y el segundo se refiere a la relación entre los ciudadanos mismos. Para decirlo de otra manera, se trata de cómo enlazar las críticas al Estado de Bienestar y las molestias que experimentan los ciudadanos por el comportamiento de otros causando tensiones en varios ámbitos del bienestar, tanto en el sistema de seguridad social como en el sistema de servicios sociales colectivos en educación, bienestar sanitario y cultura.

El *RMO* no critica las políticas sociales concretas del gobierno dirigidas a aumentar la responsabilidad individual como tal, sino su orientación unilateral en el uso de incentivos económicos, creando individuos calculadores y, por tanto, introduciendo toda clase de sistemas y mecanismos de control (por ejemplo, cuerpos de inspección y sistemas de monitorización). Uno de los ejemplos dados en este sentido por el *RMO* y el *WRR* es la introducción del Presupuesto Personal en atención sanitaria (ver sección 4)⁴. En lugar de eso, el *RMO* sugiere una nueva forma de ciudadanía policéntrica, en la cual un ciudadano es mucho más que un "hombre económico".

4) Otro ejemplo es el llamado presupuesto de integración (en 2006, 250 millones de €) transferido en el marco de la nueva Ley de Trabajo y Bienestar (WWB) a los municipios para apoyarlos en la reintegración efectiva de los desempleados de larga duración. El dinero es parcialmente destinado a compañías privadas especializadas en la reintegración de desempleados de larga duración en el mercado de trabajo.

Para resumir, en el debate que sobre los servicios sociales se ha iniciado en torno al cambio de milenio, principalmente por parte de los políticos democristianos, *think tanks* gubernamentales y otros, los participantes tienen en común una fuerte crítica hacia el Estado de Bienestar existente. Tres puntos son extremadamente importantes en este sentido:

Para empezar, la excesiva dependencia de las prestaciones y servicios sociales por parte de los ciudadanos ha de disminuirse reforzando la importancia de la responsabilidad personal de los ciudadanos.

En segundo lugar, los servicios sociales y las organizaciones de servicios sociales tienen que marcar una mayor distancia respecto al estado. Al mismo tiempo, el papel de los profesionales tiene que reforzarse.

Finalmente, el estado central tiene que retirarse, casi completamente, de la ejecución y administración de los servicios sociales y la seguridad social y limitarse a desarrollar los principios y estructuras del estado de inversión social. Al mismo tiempo el estado tiene que conservar la responsabilidad de controlar e inspeccionar las organizaciones de servicios sociales y la calidad de la actuación de los servicios sociales.

El *WRR* y el *RMO* están de acuerdo en esto, pero proponen algunas correcciones dirigidas a los modos de llevar a la práctica e interpretaciones demasiado unilaterales de las reformas sociales para crear una inversión social o un estado participativo.

8.3. SEGURIDAD SOCIAL Y DEPENDENCIA

El principal objetivo del sistema de seguridad social holandés tras la II Guerra Mundial ha sido siempre garantizar una protección temporal de ingresos en caso de incidencia de riesgos sociales, tales como desempleo, incapacidad y vejez. El sistema floreció en los setenta, garantizando una cobertura casi universal, en particular en el caso de los trabajadores mayores. Ya sea por incapacidad o desempleo, los trabajadores recibían una prestación relativamente alta, del 80% del último salario hasta la edad de jubilación de 65 años. El sistema contribuía a una casi total dependencia del sistema de seguridad social. La consecuencia fue un sistema de seguridad social muy caro que finalmente minó un saludable crecimiento económico en los ochenta. Las estadísticas de desempleo llegaron en aquel momento a más del 10% de la población activa. Aparte de esto, una parte sustantiva de la población activa estaba formalmente discapacitada, pero de hecho desempleada ("desempleo oculto"). Para cambiar la situación el gobierno inició las primeras reformas del sistema de seguridad social a mediados de los ochenta, con el objetivo de disminuir la dependencia del mismo. Con el paso del tiempo, se tomaron toda clase de medidas, que van desde la mejora de las condiciones de trabajo (prevención), la introducción de incentivos económicos tales como la disminución del nivel de prestaciones, la introducción de total responsabilidad económica para empleadores en los dos primeros años de enfermedad-absentismo y la reducción de los periodos de prestaciones de acuerdo con la Ley Portero, *Gatekeeper* (*Wet Poortwachter*), la abolición de leyes enteras, reorganizaciones de la administración de la seguridad social y la introducción y posterior desarrollo de políticas laborales activas.

En torno a 2005, 505.000 personas estaban desempleadas y en torno a un millón recibía una prestación por incapacidad laboral. Aproximadamente un tercio de la población entre 55 y 65 años estaban todavía trabajando, si bien en los años siguientes el número de personas con más de 65 años se doblará y el número de personas entre 30 y 50 años caerá.

La ley más importante que experimentó muchas adaptaciones fue la Ley de Seguro de Incapacidad Laboral (*WAO*). No obstante, hasta fechas muy recientes el gobierno no ha tenido éxito en la obtención de reducciones sustanciales en el número de beneficiarios de la *WAO*. Sólo mediante la exclusión de la influencia directa de los interlocutores sociales en las instituciones administrativas, en combinación con una influencia *de facto* más fuerte del Estado en los cuerpos administrativos y la introducción de toda una nueva filosofía tras el derecho a las prestaciones ("trabajo primero" o "trabajo por encima de ingresos") el gobierno dominó finalmente el problema al comienzo del nuevo siglo (véase Cuadro 1).

CUADRO 1

La nueva filosofía gubernamental que soporta las prestaciones sociales y la activación laboral

- Las reformas "gubernamentales" del trabajo y los ingresos están dirigidas a establecer nuevos equilibrios en los que una nueva versión de la solidaridad juegue un papel central. Esto significa asegurar la seguridad social a las personas que realmente necesitan apoyo, logrando un mejor equilibrio entre derechos y deberes en el sistema de la seguridad social y una transformación del cuidado (una prestación de la seguridad social) en prevención (previniendo el desempleo o la discapacidad laboral).
- La filosofía subyacente y la perspectiva de las reformas implementadas: un sistema de seguridad social activo, un mercado de trabajo que ofrece oportunidades, trabajo que ofrece un futuro atractivo y calidad y soluciones a medida en su implementación.
- La responsabilidad personal es crucial en una sociedad basada en una solidaridad sostenible.
- Todo el mundo capaz de trabajar debe hacerlo.
- Una sociedad basada de verdad en la solidaridad funciona sobre la asunción de que todo el mundo tiene capacidades y talentos que pueden ser usadas para encontrar trabajo. El gobierno apoya esta idea generando igualdad de oportunidades. El campo de juego debe ser lo más ecuánime posible para asegurar que las personas tienen oportunidad de tomar determinadas elecciones. Al mismo tiempo, las personas son responsables de las consecuencias de sus propias elecciones.

Fuente: Agenda política 2006, Ministerio de Asuntos Sociales y Empleo.

En 2006, como última pieza legislativa, la existente *WAO* fue completamente sustituida por la nueva Ley de Capacidad Laboral (*WIA*). La *WIA* cubre dos tipos de regulaciones diferentes para la sustitución de ingresos previos, una para los denominados trabajadores parcialmente discapacitados (*WGA*) y otra

para los trabajadores completamente discapacitados (*IVA*)⁵. La discapacidad completa, desde este momento, sólo es reconocida como parte de la administración de la seguridad social si la persona carece totalmente de capacidad para cumplir con cualquier clase de trabajo pagado. Las personas que están parcialmente discapacitados (de 0 a 35%) no reciben ya una prestación social y el empleador está obligado a hacerse cargo de estas personas manteniéndoles en el trabajo activo. A las personas discapacitadas con un porcentaje de discapacidad laboral entre el 35 y el 85% les cubre la *WGA* y reciben una prestación parcial como complemento de su salario o prestación de desempleo. Comparado con el pasado, los derechos se han reducido fuertemente. El criterio de discapacidad resultante no estará ya, como en tiempos pasados, basado en el nivel de incapacidad laboral sino al revés, en la capacidad de trabajo que se conserva. En resumen, la nueva legislación sobre discapacidad consiste en tres partes complementarias:

- Ningún ingreso sustitutivo en el caso de discapacidad por debajo del 35%.
- La Ley de Trabajo e Ingresos de acuerdo con la Capacidad Laboral (*WIA*) da derecho a los trabajadores discapacitados entre el 35 y el 80% a prestación parcial basada en un nuevo seguro privado del empleador o en un seguro público y complementado por los restantes ingresos laborales o prestación por desempleo.
- La nueva provisión de ingresos para la discapacidad completa (*IVA*) para los totalmente discapacitados para el trabajo (80-100% de discapacidad basada en el criterio de capacidad de trabajo que se conserva) garantiza una prestación social del 70% del último ingreso laboral.

Sobre la base de esta nueva legislación y de las reformas anteriores centradas en intensificar los esfuerzos de integración, el número de beneficiarios de una prestación por discapacidad ha sido y será significativamente reducido. Hasta el momento el número ha bajado de casi un millón de beneficiarios en 2003 hasta 760.000 en la actualidad.

Desde 2002, el año en que se introdujo la Ley Portero Mejorada, *Improved Gatekeeper*, cargando con más responsabilidad económica por el coste del absentismo y la incapacidad laboral en los empleadores individuales, el número de nuevos casos de incapacidad laboral ha tenido una caída pronunciada, desde aproximadamente 100.000 cada año, a 60.000 en 2004. Al mismo tiempo el número de personas que abandonan la provisión se mantuvo en torno a 80.000. Como consecuencia, el número de personas con prestaciones ocupacionales está en descenso hasta alcanzar en el momento apropiado aproximadamente 550.000.

Otras reformas han cambiado la posición de los desempleados de larga duración. La mayoría de ellos reciben asistencia social. Recientemente, en 2004, la Ley de Asistencia Social (*ABW*) fue sustituida por la nueva Ley de Trabajo y Bienestar (*WWB*). Las autoridades locales se han hecho mucho más responsables que en el pasado de la reintegración en el mercado laboral de los desempleados de larga duración. Más concretamente, las autoridades locales se han convertido en responsables de las políticas y

5) Los empleadores están obligados a pagar salarios de enfermedad o discapacidad durante los dos primeros años de absentismo (desde el 1 de junio de 2004). Después de este tiempo el *WIA* se hace efectivo.

de los costes que supongan. Cuanto más éxito tienen las autoridades locales en la reintegración de los desempleados de larga duración, más dinero público ahorran, dinero que en consecuencia puede ser utilizado para otros fines. De esta manera, para ellos se ha creado una relación económica directa entre el éxito en la reintegración de personas y el ahorro de recursos públicos. Comparada con la anterior *ABW*, la *WWB* es extremadamente exitosa en la disminución de la dependencia de los parados de larga duración del Estado de Bienestar holandés.

El número de receptores de prestaciones de acuerdo con la *ABW* y la *WWB* no ha seguido el pronunciado ascenso del desempleo en Holanda de 2002 en adelante. Realmente, el número dependiente de las prestaciones cayó en 2003, 2004 y 2005, mientras que el número de desempleados aumentó en 2003 y 2004 y cayó ligeramente en 2005.

A continuación, el gobierno ha intentado prevenir las salidas tempranas del mercado de trabajo de trabajadores mayores con la abolición reciente de toda clase de regulaciones y provisiones a nivel sectorial (*VUT* y regulaciones prejubilación a nivel de compañía o sector) para las prejubilaciones. El fin de esta política era estimular a los trabajadores mayores a trabajar más tiempo hasta la edad formal de jubilación, los 65 años. El nivel de participación de los trabajadores mayores era muy bajo, comparado con el de otros países europeos. Esto no es solamente caro para la economía nacional, sino que también disminuye la base económica para pagar las pensiones de jubilación en una sociedad en proceso de envejecimiento. Hasta el momento la participación de los trabajadores mayores está aumentando significativamente.

Finalmente, las futuras reformas se destinarán a más adaptaciones de la Ley de Prestaciones por Desempleo (*WWW*). Los periodos temporales se reducirán aún más y hay un intenso debate sobre la modulación de las bastante bien organizadas protecciones por despido en los Países Bajos.

Todas las reformas descritas encajan muy bien con la actual filosofía de políticas de activación para todas las categorías de trabajadores (en concreto jóvenes y mayores, mujeres, discapacitados, desempleados de larga duración) en lugar de otorgar prestaciones sociales en caso de incidencia de riesgos sociales. De esta manera, el sistema de seguridad social se ha posicionado de forma muy diferente en el contexto del Estado de Bienestar holandés, si se compara con el periodo anterior a las reformas. Ha perdido autonomía y ha quedado más imbricado con las políticas (activas) del mercado laboral y responsabilidad personal.

8.4. SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA

En esta sección me centraré principalmente en los seguros y servicios de atención sanitaria, en concreto en el rol que está jugando el Presupuesto Personal.

Desde el 1 de enero de 2006, los Países Bajos han introducido un sistema parcialmente nuevo de aseguramiento sanitario. Tradicionalmente, el sistema moderno de seguros de salud holandés consistía en dos secciones diferentes, pero complementarias. Una parte se refería al seguro de atención normal; el otro destinado a los gastos médicos excepcionales. El sistema de aseguramiento sanitario normal con-

sistía en un fondo público de seguro de enfermedad para aquellos con ingresos más bajos y un seguro médico privado para los de mayores ingresos. Los seguros para gastos médicos excepcionales están organizados a través de un seguro público, accesible para todos los ciudadanos. Las reformas están teniendo lugar en dos pasos consecutivos, ambos dirigidos a reducir la dependencia del sistema de seguros y al mismo tiempo a aumentar la responsabilidad personal.

La primera ola de reformas se ocupó del sistema de seguro sanitario normal. Después de más de una década de intenso debate político y social, en el comienzo del nuevo siglo se decidió eliminar la distinción entre seguros sanitarios privados y públicos privatizando los últimos. Desde el 1 de enero de 2006 los Países Bajos sólo conocen un sistema de seguros privados basados en la nueva Ley de Seguros de Atención (ZVW), aunque con la obligación legal de aceptar a todos los ciudadanos para el llamado paquete básico, garantizado legalmente, que cubre los gastos médicos básicos (por ejemplo, asistencia dental básica, asistencia médica básica, psicoterapia básica). A esto se añade la posibilidad para las compañías de seguro privadas de ofrecer paquetes de seguros médicos complementarios para cubrir gastos adicionales no básicos. Esta posibilidad introduce el principio de libre elección para los ciudadanos y la competencia entre las compañías de seguros sanitarios, dado que pueden ofrecer diferentes paquetes con diferentes primas. Como las compañías de seguros sanitarios normalmente no organizan ni ofrecen atención sanitaria por sí mismas, tienen que comprarla directamente a los proveedores, tales como hospitales y grupos médicos profesionales. Esto ofrece también la oportunidad de negociar el coste de la atención médica con los proveedores de la misma.

Todos los ciudadanos asegurados están obligados a pagar la prima básica por el paquete básico del seguro. Estas primas son nominales e independientes de los ingresos, y se acuerdan anualmente. Los ciudadanos son libres para elegir seguros complementarios.

Comparado con el sistema anterior de seguros sanitarios para los gastos médicos normales, el actual paquete básico del nuevo seguro más o menos equivale al paquete ofrecido por el anterior fondo público. No obstante, muchos observadores esperan que en el nuevo sistema las primas se elevarán con más facilidad que en el antiguo sistema. Otro riesgo es la reducción del paquete básico en favor de los paquetes complementarios.

En suma, el nuevo sistema de seguros sanitarios para los gastos médicos regulares hace a los ciudadanos más conscientes de los costes de la atención sanitaria por el hecho de que, en conjunto, tendrán que pagar mayores primas si escogen una combinación de seguros básicos y complementarios. En otras palabras, se han hecho más responsables y menos dependientes del aseguramiento sanitario colectivo.

La primera ola de reformas del seguro sanitario, por tanto, encaja muy bien en el marco más amplio de reforma del Estado de Bienestar holandés descrito en la sección 2.

La segunda ola de reformas del seguro sanitario se dirige al seguro de gastos médicos excepcionales. Como se ha dicho, al contrario que el seguro para gastos médicos regulares, éste está organizado desde 1964 por medio de un seguro público nacional, llamado Ley de Gastos Médicos Extraordinarios (AWBZ). Esta ley cubre los gastos médicos excepcionales para los ciudadanos, tales como los cuidados de larga duración y las medicinas de alto precio. En 1991 se introdujo, dentro del contexto del AWBZ, el llamado Presupuesto Personal.

Las nuevas reformas de la *AWBZ*, desde el 1 de enero de 2007 conciernen al paso de los servicios y provisiones cubiertos hasta entonces por el *AWBZ* a una nueva ley, llamada Ley de Apoyo Social (*WMO*). Primero nos ocuparemos del Presupuesto Personal.

Principalmente, el *AWBZ* ofrece cuidados en especie, tales como cuidados de larga duración para las personas mayores. El Presupuesto Personal, en cambio, es una asignación monetaria. Dentro de la estructura del *AWBZ*, después de una breve fase preparatoria, se introdujo de forma experimental en 1991. El presupuesto podía gastarse sólo en cuidados de larga duración (cuidados de enfermería, personales y de ayuda en tareas domésticas). El Presupuesto Personal en aquel momento era una cantidad limitada de dinero que se daba directamente a los clientes o pacientes. Esta cantidad de dinero hacía posible contratar ayuda de cuidadores, profesionales o no profesionales (familia, vecinos y amigos). En 1995 el Presupuesto Personal fue primero implementado a nivel nacional para cuidados de larga duración (enfermería y cuidados). Desde 1996 los clientes no reciben más la suma de dinero directamente de las organizaciones administrativas, sino sólo una pequeña parte, la llamada cantidad fija. La parte restante del presupuesto necesitado, era redistribuida por la Asociación de Titulares del Presupuesto (*Verenigingen van Budgethouders*) y más tarde por el Banco de Seguros Sociales holandés (*SVB*). Los Presupuestos Personales no se limitaban a los cuidados de larga duración (cuidado y atención), sino que también se concedía en caso de los cuidados de enfermedades mentales (2001), de discapacitados psíquicos (1997) y discapacitados físicos (2002).

En abril de 2003 se introdujo un nuevo desarrollo, el Nuevo Presupuesto Personal (*PGB nieuwe stijl*). Este implicaba una vuelta, en parte, a la situación anterior en la que los clientes recibían en su totalidad la cantidad de dinero para la que eran elegibles y, por otra parte, la integración de los cuatro presupuestos antes separados para la atención médica de larga duración, los cuidados para los discapacitados mentales, los cuidados para enfermedades mentales y los cuidados para los disminuidos físicos.

Los siguientes datos y cifras aportan detalles más específicos del sistema del sistema del *PGB* en los Países Bajos (véase Cuadro 2 de la página siguiente).

La arquitectura del Nuevo Presupuesto Personal se basó parcialmente en los resultados de varios trabajos de evaluación llevados a cabo por el Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas (*ITS*) (Van den Wijngaart y Ramakers, 2003; Ramakers y Van den Wijngaart, 2000; 2001; 2002; 2003).

Los trabajos de evaluación del *ITS* señalaban un cierto número de problemas administrativos, tales como una información poco adecuada, problemas sustantivos con indicios de la cantidad de servicios, demoras, problemas con la trayectoria de los pagos y la necesidad de un servicio de apoyo consultivo para los clientes durante la aplicación del proceso.

Las reformas del *PGB* de 2003 pretendían simplificar el proceso administrativo en conjunto y ampliar la libertad de elección y de gestión de los beneficiarios. Más concretamente, contenía las siguientes medidas:

- Completa integración de los cuatro *PGB* anteriormente separados: para cuidados de larga duración (enfermería y cuidados), para los discapacitados psíquicos, para los enfermos mentales (*CGZ*) y para los discapacitados físicos.

CUADRO 2

Datos y cifras del sistema *PGB* en los Países Bajos

- En octubre de 2003 había 60.000 beneficiarios del Presupuesto Personal (modalidades antigua y nueva) y, en conjunto, recibían 750 millones de euros.
- El número de beneficiarios del Nuevo Presupuesto Personal aumentó entre el 1 de abril de 2003 hasta el 1 de julio de 2006 de cero a 86.618. Al mismo tiempo, el número de beneficiarios del antiguo Presupuesto Personal desde 51.239 hasta ninguno (CVZ, 2006).
- En 2005 el coste total del *PGB* era 884 millones de euros. En 2006 esta cantidad aumentó por encima de los 1.000 millones de euros, mientras que el máximo subsidio disponible oficialmente para ese año se limitaba a 1.000 millones. En aquel momento, no causó problemas específicos para los beneficiarios.
- El antiguo Presupuesto Personal finalizó formalmente el 31 de diciembre de 2005 y desde ese momento fue completamente sustituido por el Nuevo Presupuesto Personal y los beneficiarios del antiguo Presupuesto Personal pasaron automáticamente a ser beneficiarios del Nuevo Presupuesto Personal. La base oficial para distinguir entre antiguo y nuevo *PGB* dejó de tener validez. Los términos antiguo y nuevo se sustituyeron por el más general *AWBZ*.
- Si observamos la evolución del número de beneficiarios en un periodo largo, vemos un continuo incremento, desde unos 10.000 en 1998 hasta más de 86.000 de 2006.
- En 2004, el 26% de los beneficiarios era menor de 18 años, el 38% tenía entre 18 y 55 años, el 17% entre 56 y 65 años, el 10% entre 66 y 75 años y el 9% restante 76 años o más. El 52% tenía un sólo síntoma, mientras que el 48% tenía múltiples síntomas. El 67% solicitó atención doméstica, el 28% cuidado personal, el 16% enfermería a domicilio, el 15% de acompañamiento y un 14% apoyo para la activación y estancias temporales.
- El presupuesto medio era de 15.234 €. La media de contribución personal de los beneficiarios era de un 6,8% ó 1050 €.
- Por término medio los beneficiarios no gastaron el 15% de su presupuesto, para ser capaces de hacer frente, por ejemplo, a gastos imprevistos.
- En 2004 el gasto total del *PGB* fue 900 millones € (estimación) o alrededor del 4,5% del total de los gastos del *AWBZ* (20.000 millones €) (VWS, 2005).
- El abuso y mal uso del *PGB* por parte de los beneficiarios parece ser raro. Se ha calculado que entre el 1% y el 5% de los beneficiarios lo hacen. Si se detecta fraude, los beneficiarios están obligados a devolver su subsidio.
- Otro punto de interés político es la llamada "monetarización del cuidado doméstico", esto es, el uso del *PGB* para pagar el cuidado informal de familiares, vecinos y amigos, en lugar de contratar cuidados profesionales. En conjunto, el 64% de los beneficiarios pagan exclusivamente a cuidadores informales, el 22% sólo a cuidadores profesionales y el 14% adquiere una mezcla de cuidados profesionales e informales. El gasto en cuidado informal supone el 65% de los gastos del *PGB*.
- En principio, el responsable político (la Secretaría Estatal de Sanidad) no se opone al pago de cuidadores informales. No obstante, se van a investigar los contextos en profundidad. Lo que deja abierta la posibilidad de aplicar, a su debido tiempo, una política más estricta en el futuro. Una razón importante para permitir el cuidado informal con dinero del *PGB* es el descenso de la voluntad de los familiares para ocuparse de forma espontánea de los miembros de su propia familia (VWS, 2005).

- El cuidado se describe en términos de funciones: asistencia para tareas domésticas, cuidado personal, enfermería, supervisión de apoyo, supervisión de activación y estancias temporales.
- Las mejoras en el proceso de indicios de necesidad de cuidados necesitados por parte de los proveedores de servicios.
- Un papel más importante para las 32 Oficinas Regionales de Cuidados regionales (*Zorgkantoren*) en la determinación del nivel de prestaciones.
- La introducción de tipos de cuidados en lugar de la tarificación por horas y tipos de presupuesto (*PGB*).

El Cuadro 3 resume el proceso administrativo del Nuevo Presupuesto Personal en 8 pasos.

Una primera evaluación del Nuevo Presupuesto Personal, realizada por el *ITS*, muestra los siguientes resultados (Van den Wijngaart & Ramakers, 2004). En esta evaluación, se trabajó con dos grupos de titulares del Presupuesto (titulares del antiguo *PGB* que fueron transferidos al nuevo y beneficiarios del nuevo *PGB*). Las tres preguntas centrales de la evaluación fueron:

- ¿Experimentan los titulares del *PGB* anterior al 2003 la mejora del Nuevo *PGB*?
- ¿Cómo valoran los beneficiarios el Nuevo *PGB*? ¿Son capaces de realizar un cuidado a medida y experimentan bastante influencia en el cuidado además de en el presupuesto?
- ¿Hasta qué punto hay diferencias de opinión en referencia al antiguo *PGB* anterior al 2003 y el Nuevo *PGB*?

CUADRO 3

El presupuesto personal en ocho pasos

1. El ciudadano asegurado solicita la comprobación de los síntomas a través del Centro de Comprobación-Determinación de Cuidados (*Centrum Indicatiestelling, CIZ*).
2. El *CIZ* establece cuánto cuidado necesita la persona asegurada (las funciones para las que tiene síntomas, en qué cantidad y de qué tipo tiene derecho y por cuánto tiempo).
3. La persona asegurada elige entre cuidados en especie y *PGB*.
4. La oficina de enlace asigna un *PGB*. Del *PGB* bruto se deduce una contribución en función de los ingresos personales.
5. La oficina de enlace paga el *PGB* mediante transferencia bancaria o giro al beneficiario. Se paga de una vez hasta 2.500 € anuales y hasta los 25.000 € anuales se pagan mensualmente.
6. El beneficiario contrata cuidados y es libre para elegir sus cuidadores (variando entre una institución profesional, un familiar o un vecino).
7. El beneficiario da cuenta de sus gastos en la oficina de enlace. Este gasto puede hacerse en: asistencia para tareas domésticas, cuidado personal, enfermería domiciliaria, acompañamiento, servicios de activación y estancia temporales (alojamiento).
8. El beneficiario devuelve el presupuesto no utilizado en la oficina de enlace.

Fuente: CVZ, 2005.

El proyecto cubrió las 15 regiones de los Países Bajos y 714 y 516 antiguos beneficiarios del antiguo Presupuesto Personal de viejo estilo participaron en la primera y segunda fase, así como 417 beneficiarios del Nuevo Presupuesto Personal en 2003 y 2004.

En general los resultados señalan en la dirección de una evaluación positiva de la reforma de 2003 por parte de los beneficiarios del nuevo sistema. Estos se muestran satisfechos con la posibilidad de gastar el presupuesto de acuerdo con sus propios criterios y sobre la relativa simplicidad de la regulación. Sin embargo, si tuvieran la posibilidad de elegir entre prestaciones en servicios o en dinero, un 87% de los titulares del Nuevo *PGB* habría preferido prestaciones en servicios.

Los beneficiarios del antiguo Presupuesto Personal, en cambio, son mucho más críticos con las reformas: desde su punto de vista, éstas no suponen una mejora administrativa sino un cambio a peor (más burocracia, menor presupuesto y mayores contribuciones personales).

La composición de ambos grupos de encuestados presentaba diferencias significativas: los beneficiarios del sistema antiguo eran con mayor frecuencia mujeres, mayores y solteros o en pareja más que los beneficiarios del nuevo sistema.

Los resultados del proyecto del *ITS* fueron ampliamente confirmados por otra investigación llevada a cabo por encargo del Ministerio de Sanidad (Hoeksma, Homans & Menting, 2004). Este proyecto se centraba concretamente en la calidad del cuidado contratado por los beneficiarios. Los 800 titulares del *PGB* contactados estaban muy satisfechos en general, aunque describían la calidad del cuidado de diferentes maneras, dependiendo del ámbito al que pertenecieran los cuidados contratados.

El 1 de enero de 2007 se introdujo una nueva ley que ha tenido ulteriores consecuencias para el fenómeno de la dependencia en el Estado de Bienestar holandés. En ese momento la Ley de Apoyo Social (*WMO*) había sustituido en parte a la *AWBZ* en los cuidados de larga duración. La *WMO* iba a sustituir además a las ya existentes Ley de Servicios para los Discapacitados (*WVG*) y la Ley de Bienestar Social (*Welzijnswet*). La responsabilidad administrativa de la *WMO* recae en las autoridades locales. Una diferencia importante con la situación anterior es que la *WMO* no es un seguro público en base al cual los receptores son elegibles, sino una regulación financiada por los ingresos de los impuestos. Esto supone que las autoridades locales tienen el poder de decidir quién es elegible para recibir cuidado profesional y quién no.

El objetivo de la *WMO* es crear el ambiente y las condiciones a nivel local para apoyar a la gente a la participación social y recuperar o estimular la capacidad de la gente para actuar de forma independiente. Los puntos más importantes de partida son:

- Menos reglas estatales.
- Implicación de los ciudadanos en la elaboración de las políticas.
- Una gran responsabilidad personal de los ciudadanos en la sociedad civil.
- Buena calidad de los cuidados para la gente con discapacidad.

El *WMO* se dirigía en particular a tres grupos objeto: personas vulnerables con necesidades de apoyo, personas con una necesidad de participar activamente en la sociedad y barrios vulnerables en los que la calidad de vida está amenazada por la inseguridad y la fragmentación de las relaciones sociales.

Se asume que hoy en día en torno al 15% de la población holandesa pertenece a los grupos objeto de personas vulnerables de la *WMO*. En conjunto, es un grupo bastante difuso. Para ser capaz de decidir sobre la provisión de servicios profesionales de cuidado a los ciudadanos, las autoridades locales tienen la posibilidad de determinar los indicios o síntomas y también de decidir sobre la contribución económica de los ciudadanos o clientes. Las autoridades locales tienen que aplicar en este sentido los denominados nueve campos de actuación (*prestatievelden*). Cuatro de estos campos son de particular importancia para las personas con minusvalías, enfermos crónicos y mayores:

- Facilitar información, consejo y apoyo a los clientes.
- Apoyo al cuidado de trabajadores voluntarios.
- Estímulo a la participación social así como al funcionamiento autónomo de las personas con minusvalías físicas o psíquicas.
- Dar servicios y prestaciones a las personas con una minusvalía o una enfermedad mental crónica dirigidos al mantenimiento de la participación y el funcionamiento autónomo.

Efectivamente, algunos componentes del *PGB* se han transferido el 1 de enero de 2007 desde el ámbito de la *AWBZ* al del *RMO*, en concreto el cuidado doméstico. Aparte de esto, el número conexiones entre la atención sanitaria (*AWBZ*) y el cuidado social (*WMO*) aumentará seguramente (NIZW, 2006).

Desde el 1 de enero de 2007 alrededor de 37.000 beneficiarios únicamente solicitarán y recibirán cuidado doméstico el *PGB WMO*, 31.000 beneficiarios recibirán todavía un *PGB AWBZ* y unos 22.000 beneficiarios recibirán ambos *PGB (WMO+AWBZ)* (CVZ, 2006).

En resumen, el nuevo *WMO* será la pieza final provisional de las reformas dirigidas a reducir la influencia estatal y, al mismo tiempo, incrementar la responsabilidad personal. Junto con las recientes reformas del sistema de seguros sanitarios (*ZVW* y *AWBZ*) lo que supone una forma completamente nueva de gobernanza, primordialmente basada en la demanda en vez de en la oferta. Por tanto, también significa una reducción de la dependencia de las provisiones colectivamente organizadas del estado del bienestar.

8.5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En este artículo he evaluado los desarrollos recientes del Estado de Bienestar holandés desde el punto de vista de la dependencia. En este sentido, se ha vuelto evidente que la política del gobierno holandés está dirigida a reducir, en la medida de lo posible, la dependencia de los ciudadanos del Estado de Bienestar. Comparado con el Estado de Bienestar que existía en los setenta y ochenta, el presente estado del bienestar es menos redistributivo y mucho más activador. La visión futura del Estado de Bienestar es de un Estado de inversión social o de un Estado de participación. La estrategia de fondo ha sido una estrategia de "liberalización dirigida". La traducción de esta estrategia a términos operativos significa dar más peso a la forma económica de pensamiento y el uso de incentivos económicos profusamente para el cumplimiento de los objetivos de estas políticas. Dentro de esta estructura de nueva gestión pública los ciudadanos son exhortados a tomar una responsabilidad más directa por su propio

bienestar. Este desarrollo está ocurriendo simultáneamente en el sistema de seguridad social y en el sistema de seguros sanitarios y servicios sociales.

El papel de la administración central está pasando de la organización y distribución de seguros y servicios sociales al seguimiento y control de los servicios sociales proporcionados.

El sistema de seguridad social se ha transformado en un sistema de "trabajo e ingresos" en el que la dependencia de las prestaciones se permite sólo en casos temporales en los que el trabajo pagado, por cualquier razón, es imposible. En otras palabras, el sistema de seguridad social se ha convertido más en un instrumento para la política de activación. En consecuencia, el número de beneficiarios desempleados y discapacitados está disminuyendo. También, los trabajadores mayores son incentivados para trabajar más allá de los 65 años e impelidos por impedimentos legales a no abandonar el mercado laboral a una edad más temprana.

Otra estrategia seguida por el gobierno y particularmente aplicada en el campo de los seguros sanitarios normales es privatizarlos parcialmente y, al mismo tiempo, estimular la competición entre los administradores privados de la nueva Ley de Seguros de Atención (*ZVW*). Como esto lleva a contribuciones personales más altas y menor provisión sanitaria colectivamente garantizada, implica menor dependencia de la asistencia sanitaria pública.

Una sección especial de los seguros de atención sanitaria (gastos médicos excepcionales) experimentó desde 1991 con el llamado Presupuesto Personal. En lugar de proveer cuidados institucionales de larga duración, el Presupuesto Personal es un presupuesto monetario que puede gastarse con más o menos libertad por parte de los clientes para diversos tipos de cuidados, como cuidados domiciliarios y de enfermería. Para el gobierno es una alternativa más barata para garantizar la provisión de cuidados. Ofrece, además, la oportunidad para experimentar más fácilmente con las contribuciones personales de los clientes. Una ventaja para los mismos clientes es el mayor margen de maniobra en la elección de provisión de atención. El desarrollo más reciente en este campo es dar más poder administrativo a las autoridades locales (cf. *WMO*, 2007). Una de las consecuencias previsibles de esta política será una compensación de los cuidados pública y formalmente garantizados por el cuidado informal, en concreto para aquellas personas que no puedan permitirse las más caras provisiones de cuidado privadas.

En resumen, a lo largo de las últimas décadas se ha dado una retirada gradual del Estado en lo que se refiere al Estado de Bienestar holandés, dando una responsabilidad más sustantiva por su bienestar al ciudadano individual y, al mismo tiempo, más poder administrativo a las autoridades locales y los empleadores individuales. No está claro todavía adónde conducirá este proceso. Como muestra la investigación de la Oficina de Planificación Social y Cultural (*SCP*), los mismos ciudadanos holandeses no están muy tranquilos con respecto a sus derechos futuros. Prevén para alrededor de 2020 un sistema de cuidados más pobre para los vulnerables y los enfermos de larga duración. Esto está en línea con las estimaciones numéricas. En 2020 el número de personas que demandarán servicios de cuidados y atención médica domiciliaria habrá aumentado de 1,2 millones a 1,6 millones de personas. Para entonces, visto desde la perspectiva de la presente *AWBZ*, en torno a la mitad de ellos tendrá cuidado profesional. La otra mitad será dependiente del cuidado informal por parte de miembros de la familia, amigos u otros cuidadores informales (pagados) (*SCP*, 2004).

8.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CVZ (2005): *Personal budget. Purchase your own care in 8 steps*. Amsterdam, Diemen.

CVZ (2006): *Uitvoeringsverslag PGB nieuwe stijl juli 2005 – juli 2006*. Amsterdam, Diemen.

De Gier, E.; De Swaan, A. & Ooijens, M. (eds.) (2004:) *Dutch Welfare Reform in an Expanding Europe. The Neighbours' view*. Amsterdam, Het Spinhuis.

Hoeksma, Homans & Menting (2004): *Het PGB nieuwe stijl in beeld. Eindrapport*. Enschede.

Hooge, E. y Faber, M. (2005): *Maatschappelijk ondernemen. Een verkenning van het debat*, S&D 7/8, pp. 20-25.

Ministry of Health, Welfare and Sports (2004): *En route to a sustainable system of long-term care and social support*. 23 de abril, La Haya.

Ministry of Social Affairs and Employment (2006): *Policy agenda 2006*. La Haya (www.minszw.nl).

NIZW (2006): *De wet nader bekeken*. www.wetmaatschappelijkeondersteuning.nl

Ramakers, C. y Van den Wijngaart, M. (2003): *Persoonsgebonden budget voor lichamelijk gehandicapten*. ITS-Radboud Universiteit, Nijmegen.

Ramakers, C. & Van den Wijngaart, M. (2000, 2001, 2002): *Persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg*. ITS-Radboud Universiteit, Nijmegen.

RMO (2002): *Bevrijdende kaders. Sturen op verantwoordelijkheid*. La Haya.

RMO (2006): *Verskil maken. Eigen verantwoordelijkheid in de verzorgingsstaat*. Amsterdam, SWP.

SCP (2004): *In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel Rapport 2004*. La Haya.

Van der Veen, R. (2005): *Interventie en Organisatie. Een sociologische analyse van het veranderend vermogen tot maatschappelijke interventie aan de hand van veranderingen in het gezondheidsbeleid*. Róterdam, Oratie, Erasmus Universiteit.

Van den Wijngaart, M. & Ramakers, C. (2003): *Het persoonsgebonden budget in Nederland van 1990 - 2003. Een overzicht van ontwikkelingen, beleid en onderzoek*, Handboek Zorg Thuis, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, pp. 45-60.

Van den Wijngaart, M. & Ramakers, C. (2004): *Monitor Budgethouders pgb nieuwe stijl*. ITS-Radboud Universiteit, Nijmegen.

Visser, J. & Hemerijck, A. (1997): *"A Dutch Miracle": Job Growth, Welfare Reform and Corporatism in the Netherlands*. Amsterdam University Press, Amsterdam.

VWS, Ministry of Health (2005): *Beleidsbrief "het PGB gewogen" evaluatie en vooruitblik*. La Haya.

WRR (2004): *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam University Press, Amsterdam.

LISTA DE LAS PRINCIPALES ABREVIATURAS

<i>ABW</i>	Ley de Asistencia Social
<i>AWBZ</i>	Ley de Gastos Médicos Extraordinarios
<i>CIZ</i>	Centro de Indicación-Determinación de Cuidados
<i>GGZ</i>	Sector de Atención de Salud Mental
<i>ITS</i>	Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas, Radboud Universiteit, Nijmegen
<i>IVA</i>	WIA-Provisión de ingresos en caso de discapacidad completa (80-100 por ciento)
<i>PGB</i>	Presupuesto Personal
<i>RMO</i>	Consejo para el Desarrollo Social
<i>SCP</i>	Oficina de Planificación Social y Cultural
<i>SVB</i>	Banco de Seguros Sociales
<i>VUT</i>	Regulación de la jubilación anticipada al nivel de compañía o sector
<i>WAO</i>	Ley del Seguro de Incapacidad Laboral
<i>WGA</i>	WIA-Regulación de ingresos sustitutivos en caso de discapacidad laboral parcial (35-80 por ciento)
<i>WIA</i>	Ley de Trabajo e Ingresos de acuerdo con la Capacidad Laboral, o Ley de Capacidad Laboral
<i>WMO</i>	Ley de Apoyo Social
<i>WVG</i>	Ley de Servicios para los Discapacitados
<i>WRR</i>	Consejo Científico para la Política Gubernamental
<i>WWW</i>	Ley de Prestaciones por Desempleo
<i>WWB</i>	Ley de Trabajo y Bienestar
<i>ZVW</i>	Ley de Seguros de Atención