

Públic

ELEMENTS ESSENCIALS PERÒ OBLIDATS DE LA RECONSTRUCCIÓ SOCIAL I ECONÒMICA

Vicenç Navarro

Catedràtic de Ciències Polítiques i Polítiques Públiques, Universitat Pompeu Fabra; Director del JHU-UPF Public Policy Center a Barcelona

25 de juny del 2020

Resum de la [presentació](#) a la Comissió per a la Reconstrucció Social i Econòmica del Congrés dels Diputats

Senyores i senyores diputats i diputades, la pandèmia ha mostrat clarament les enormes deficiències de l'Estat del Benestar espanyol (és a dir, els serveis públics com ara la sanitat, els serveis socials, les escoles bressol, els serveis de dependència, les residències de gent gran, l'habitatge social i molts altres serveis, així com les transferències adreçades a prevenir la pobresa i l'exclusió social, entre d'altres). **Cadascun d'aquests serveis i transferències esmentats estan molt poc finançats, en comparació amb la mitjana dels països de la UE-15** (el grup de països amb un nivell de desenvolupament econòmic semblant d'aquesta comunitat de nacions). L'any 2018, la despesa pública social (que engloba la majoria

d'aquests serveis i transferències, juntament amb educació) va ser d'un 27,4% del PIB espanyol, quatre punts menys del PIB (31,5%) que la mitjana de la UE-15 i gairebé set punts menys que Suècia (34,1%), el país amb major desenvolupament social de la UE (i un dels països més eficients i competitius econòmicament, com ha hagut de reconèixer el Fòrum de Davos -institució de clara sensibilitat neoliberal-). El que diuen aquestes dades és que **gastem gairebé 50.000 milions d'euros menys del que hauríem de gastar per a assolir el percentatge mitjà de despesa pública social de la UE-15 (80.500 milions menys per a assolir el nivell de Suècia).**

Quantificant els fons que hauríem d'haver invertit en l'Estat del Benestar per a assolir la mitjana de la UE-15

Aquest dèficit es dona en tots els serveis de l'Estat del Benestar. Així, en **sanitat**, l'any 2018, la despesa pública era d'un 6% del PIB, molt menys que la mitjana de la UE-15 (7,2%), **el que implica que hauríem d'haver gastat almenys 14.400 milions més d'euros en aquests serveis.** Aquest infrafinançament explica, en gran part, l'enorme crisi del sistema públic sanitari durant la pandèmia, el qual s'ha vist clarament desbordat, **contribuint a l'elevada mortalitat a causa del coronavirus.** El dèficit va ser encara més gran en les transferències de la **protecció social**, en les que es va invertir, l'any 2018, un 16,9% del PIB, molt menys que la mitjana de la UE-15 (19%)

i que Suècia (19,5%), la qual cosa vol dir que ens vam gastar 25.240 milions d'euros menys del que hauríem d'haver gastat per a assolir la mitjana de la UE-15, i 31.250 milions menys en relació amb Suècia. En **educació**, aquestes quantitats haurien d'haver hagut de ser de 8.415 milions d'euros més per a assolir el percentatge de despesa de la UE-15, i de 34.865 milions més per a assolir el percentatge de despesa de Suècia. En **habitatge**, haurien estat 1.084 milions d'euros més per a assolir el percentatge de despesa de la UE-15, i 2.167 milions d'euros per a assolir el percentatge de despesa sueca. I en despesa pública en **cures de llarga durada** el dèficit va ser de 11.618 milions d'euros per a assolir el percentatge de despesa de la UE-15 i de 29.045 milions per a assolir el percentatge de despesa de Suècia. **I és important assenyalar que aquesta pobresa de recursos inclou també un gran dèficit de personal, molt accentuat en els serveis essencials, ocupats en la seva majoria per dones, que a Espanya compten amb escàs poder adquisitiu, feina inestable i mal remunerada, i amb una elevada taxa de temporalitat.**

La urgent necessitat del 4rt pilar de l'Estat del Benestar

Permetin-me destacar que la part menys desenvolupada i finançada de l'Estat del Benestar espanyol és la que en altres països s'anomenen els **serveis d'ajuda a les famílies, és a dir, els serveis d'educació i atenció als infants, i els serveis d'atenció a la**

dependència, serveis que caldria considerar com a part d'un dret personal individual, complementant el dret d'accés a la sanitat, el dret a l'educació i el dret a la jubilació. D'on ve el seu nom - el 4rt pilar de l'Estat del Benestar-. I voldria afegir aquí que, tot i essent un dret individual i personal de tot ciutadà o ciutadana espanyol, beneficia tota la família, una unitat que, en teoria, és valorada a nivell popular però que sembla oblidada per l'Estat. Aquests serveis estan molt poc desenvolupats a Espanya. Família, al nostre país, equival a dir dona, i és per això que estan tan oblidats per l'Estat. Aquests serveis són, així doncs, un element clau de l'economia de cures. I tenen una gran importància per a **facilitar la integració de la dona al mercat de treball**, ja que li permeten compaginar el seu projecte professional amb la seva responsabilitat familiar, que hauria de ser compartida amb la seva parella. En realitat, **l'escàs desenvolupament del 4rt pilar de l'Estat del Benestar és una de les majors causes del baix percentatge de dones al mercat de treball, un dels més baixos de la UE-15 (a Espanya és del 61%, per un 68,6% a la mitjana de la UE-15, i un 80,2% en el cas de Suècia).**

Aquest fet és indicador del gran endarreriment social que tenim. **La despesa pública i la quantitat de personal a escoles bressol i en serveis d'atenció a la dependència, i les taxes de cobertura d'aquests serveis, continuen estant per sota de la mitjana dels**

països de la UE-15 i molt per sota de Suècia (en el cas de la taxa d'escolarització de criatures de 0 a 3 anys, a Espanya és del 36%, a Suècia del 47% i a Dinamarca del 55%; i en el cas de la taxa de cobertura de cures de llarga durada per a majors de 64 anys, aquesta és del 9,8 a Espanya, del 15,7% a Noruega i del 16,2% a Suècia). I com he indicat abans, **l'augment de despesa i ocupació públiques necessàries per a assolir la mitjana de la UE-15 i de Suècia en cures de llarga durada és molt marcat.**

Propostes específiques per a sortir de la crisi: corregir l'enorme dèficit de despesa pública social a Espanya

Hi ha la necessitat de, **a més de corregir l'enorme dèficit de despesa pública que va crear els dèficits de recursos en les àrees sanitàries i socials (repeteix, i que explica, en part, l'elevada mortalitat per coronavirus a Espanya), ajudar a que aquests serveis estimulin l'economia.** Per a això, el primer que caldria fer és invertir en el sector social per a arribar a la mitjana de la UE-15, la qual cosa, com ja hem assenyalat, **suposaria un augment d'uns 49.300 milions d'euros en tots els serveis públics de l'Estat del Benestar (80.500 milions per a assolir la inversió sueca).** De fet, aquest augment hauria d'incloure la creació d'una mica més de tres milions de llocs de feina en les diferents àrees dels serveis públics i en diferents formes de contractació. Això implicaria un augment molt notable del sector públic (poc

desenvolupat al nostre país), el qual hauria de ser prioritzat en les inversions per a la reconstrucció social i econòmica del país.

Corregir el dèficit a base de despesa privada no és ni eficient ni equitatiu, ja que augmenta les desigualtats i ineficàcia dels serveis públics socials

És important recalcar que la clàssica divisió de serveis privats per a las rendes superiors i de serveis públics per a les classes populars no és un sistema eficient i eficaç, tal i com ha mostrat la pandèmia. Allò que va permetre a Espanya sortir de la pandèmia fou el protagonisme del sector públic, tants en els serveis sanitaris com en els socials. No és per casualitat que el millor sistema educatiu a Europa, per exemple, sigui el finlandès, on el banquer i el fill de l'empleat de la banca van a la mateixa escola pública. I l'experiència dels EUA enfront de la pandèmia, abordada des d'un sistema sanitari majoritàriament privatitzat, ha demostrat l'enorme ineficiència de l'àmbit privat. El cas nord-americà ha estat un "desastre", com va assenyalar recentment el governador de l'Estat de Nova York, el més afectat per la pandèmia. És una sanitat molt cara, amb un grau d'insatisfacció molt elevat i amb uns indicadors de salut molt dolents, amb uns dels pitjors resultats en esperança de vida i una de les mortalitats infantils més altes d'entre els països de l'Atlàntic Nord. Les dades són àmpliament conegudes i convincents.

Les enormes avantatges del 4rt pilar del benestar

(Per a una exposició detallada d'aquesta secció, veure [El cuarto pilar del bienestar: una propuesta para cubrir las necesidades esenciales de cuidados, crear empleo y avanzar hacia la igualdad de género](#), escrit per investigadors del JHU-UPF Public Policy Center que dirigeixo -Vicenç Navarro, María Pazos, Pol Carrión, Cristina Castellanos, María Martínez, Ferran Muntané i Mercedes Sastre García-)

Hi ha diverses raons per a desenvolupar aquest dret personal i universal. Una d'elles és ajudar la **dona, que està actualment sobrecarregada en les seves responsabilitats familiars** (cura de les criatures i dels joves, aquests últims a casa fins que tenen 29 anys de mitjana, de les parelles i de la gent gran, i a més de la seva feina al mercat laboral, amb un 61% de les dones espanyoles en situació d'activitat). **Aquesta sobrecàrrega té dos costos importants.** En primer lloc, la **dona espanyola té tres cops més de malalties derivades de l'estrès que l'home espanyol.** I l'altra conseqüència és la **baixa fecunditat de la dona**, la segona més baixa del món (fet derivat no només de l'estrès, sinó del fet que té menys probabilitats de trobar una feina estable, ben remunerada, que li permeti viure en una casa, ja sigui de lloguer o de propietat). **Per això aquesta taxa és de 1,26 fills per dona, quan les enquestes**

assenyalen que, de mitjana, els espanyols voldrien tenir 2 fills, xifra molt semblant a la desitjada per la mitjana dels ciutadans a ambdós costats de l'Atlàntic Nord.

Però aquesta ajuda personal no hauria de ser per a reforçar la dimensió de responsabilitzar la dona de la cura de la família, sinó per a facilitar la seva integració en el mercat de treball, ja que aquesta integració és una peça clau per aconseguir l'homologació dels seus drets amb els de l'home, la qual cosa requereix, a més d'aquests drets, la compartició i corresponsabilitat en les tasques domèstiques, per a facilitar la conciliació familiar d'ambdós cònjuges. **Les conseqüències econòmiques de millora i ampliació d'aquests serveis són enormes.** Una és que la inversió en aquests serveis implica no només un gran augment de l'ocupació en aquests serveis, sinó que, com ja hem assenyalat, **també faciliten la integració de la dona en el mercat de treball, amb la qual cosa cada nou lloc de treball crea indirectament la integració de dues dones més en aquest mercat.**

I aquesta integració és també un element essencial per a **erradicar la pobresa de les dones i de les criatures. Espanya té una de les pobreses infantils més elevades a la UE (del 28,8%, quan en el conjunt de la UE-15 és del 22,5% i a Suècia, del 20,6%). El professor Sebastià Sarasa, de la UPF, ha mostrat**

com l'estratègia més eficaç per a erradicar aquesta pobresa infantil és la d'integrar la dona en el mercat de treball a través de l'establiment d'escoles bressol, que és molt més eficaç que les transferències públiques de tipus assistencial.

Els seus components: la urgència d'acabar amb les desigualtats d'accés per classe social a les escoles bressol

Una característica d'Espanya és que, del total de despesa en l'etapa de 0 a 3 anys, la despesa pública és només lleugerament superior a la privada (51% versus 49%), la qual cosa determina una desigualtat notable en aquests serveis per classe social, essent les criatures de les famílies de rendes baixes les que tenen una menor taxa d'escolarització, veient-se reduïdes d'aquesta manera les seves oportunitats, el que dificulta més la integració de la dona de baixos ingressos en el mercat de treball. El infrafinançament i no gratuïtat del sistema d'educació infantil espanyol provoca que hi hagi una necessitat no coberta d'accés als serveis d'atenció a la primera infantesa per a moltes famílies. Segons dades de l'Enquesta de Condicions de Vida (ECV), "al 30,9% de les famílies els hagués agradat poder fer servir els serveis de centres de cura infantil o fer-los servir en major mesura", i més de la meitat d'aquestes (el 52,4%) van afirmar que no ho van fer perquè "no s'ho podien permetre".

El fet que la falta de recursos determini tant l'assistència a aquests centres provoca, en conseqüència, **desigualtat de classe social, ja que les famílies amb més recursos tenen una major capacitat per a fer front a la despesa derivada dels serveis de cura infantils**. Concretament, els nens i nenes de llars amb "ingressos elevats" van rebre aquest tipus de cures en la seva majoria (60,5%), mentre que la cobertura en el cas de nens i nenes de llars amb "ingressos baixos" va ser molt minoritària (25,3%). **El fet que estiguem tan lluny del valor potencial té un impacte directe, no només sobre els nens i les nenes, sinó també sobre el benestar i la qualitat de vida de les famílies. Les que no poden accedir a aquests serveis es veuen forçades a sacrificar la carrera professional d'un o d'ambdós progenitors (sobretot de les mares).**

La urgent necessitat de corresponsabilitzar les tasques familiars

És evident que hi ha un dèficit en l'oferta de serveis de cura per part de l'Estat del Benestar espanyol. El sector públic deixa desateses milers de llars, amb les conseqüències que això té sobre el desenvolupament dels més petits i sobre el benestar i qualitat de vida de les famílies. Tot i així, no hem de perdre de vista un altre dels

dèficits del sistema de cures espanyol: **la corresponsabilització dels homes. Sense un repartiment igualitari de les feines reproductives i, en aquest cas, de les tasques de cura dels més petits, és impossible aconseguir una societat realment igualitària.** En el document esmentat anteriorment es detallen els canvis que caldria fer amb els permisos parentals. **Cal subratllar que també és necessari establir el dret de l'home a cuidar de la seva família mitjançant la reducció de la jornada laboral de 40 a 35 hores en 5 dies, reduint la sobrecàrrega dels treballadors (la majoria dels quals són homes), que són els que treballen més hores al dia a la UE-15. A Espanya, de mitjana, els treballadors dediquen 37,7 hores setmanals a la seva ocupació principal, mentre la mitjana de la UE-15 és de 36,3 hores setmanals.**

L'escassa sensibilitat de l'Estat cap a les persones amb dependència (incloent les persones de l'avançada tercera edat)

En el cas dels serveis per a atendre les persones que per raons de **malaltia crònica o discapacitat física i/o mental no són autònomes, Espanya va iniciar el seu desplegament l'any 2006, molt més tard que la majoria dels països més desenvolupats de la UE i de l'OCDE.** Això, juntament amb el context d'esclat de la crisi econòmica i de retallades en la despesa pública social, ha comportat que l'Estat espanyol se situï a la **cua dels països europeus més**

desenvolupats pel que fa a desplegament i fortalesa d'aquests serveis.

Així, segons l'informe *Health at a Glance*, publicat per l'OCDE l'any 2019, Espanya gasta només el **0,7% del PIB en cures de llarga durada sanitàries i socials, el que la situa a la cua de l'OCDE pel que fa a despesa en aquest àmbit. La mitjana de l'OCDE era de l'1,7% (més de dos cops més que en el cas espanyol), i en el cas de Suècia (paradigma del model nòrdic d'Estat del Benestar) del 3,2% (quatre vegades més que en el cas espanyol).** Però la despesa pública no és l'única dada que demostra aquest endarreriment. En consonància amb la menor despesa, Espanya es troba també a la cua dels països de l'OCDE pel que fa a percentatge de **persones més grans de 64 anys que reben cures de llarga durada, amb un 9,8%, mentre la mitjana de l'OCDE és del 10,8% i, en el cas de Suècia, gairebé el doble amb un 16,2%.**

D'altra banda, les carències del sistema de dependència espanyol també queden reflectides en l'escàs **número de treballadors que desenvolupen tasques en aquest àmbit. Així, a Espanya, per cada 100 persones més grans de 64 anys hi ha 4,5 treballadors del sector de cures de llarga durada, una xifra que, altre cop, ens situa a la cua de l'OCDE. La mitjana per a l'OCDE és de 4,9 treballadors i en el cas de Suècia és de 12,4 (tres vegades més que en el cas espanyol).** Finalment, Espanya també se situa per sota

de la mitjana de l'OCDE pel que fa a llits destinats a cures de llarga durada (en institucions i hospitals) per cada 1.000 persones més grans de 64 anys. Al nostre país aquest número puja a 46,8 llits menys que a la mitjana de l'OCDE (47,2) i una mica més de 24 llits per sota de Suècia, on hi ha 71,5 llits per cada 1.000 persones més grans de 64 anys. Les notables insuficiències expliquen les enormes llistes d'espera (més de 270.000 persones l'any 2016, el 30% de la població dependent reconeguda). En realitat, el número seria molt més alt si hi hagués un sistema de registre més elaborat, calculant-se que hi ha 1,9 milions de persones més grans de 65 anys amb algun grau de dependència. Això implica que el percentatge de persones que necessiten aquests serveis i els reben és menor (52%) que el que indiquen les dades oficials (70%).

Una altra característica és que l'atenció a la dependència està massa orientada cap a la prestació econòmica a les famílies i poc a la provisió de serveis. El 36% de les prestacions del sistema són ajudes per a cures dins l'entorn familiar, per un 24% de serveis d'ajuda domiciliària i només un 18% d'atenció residencial. Aquestes prioritats cronifiquen la càrrega familiar en la dona, reproduint el seu rol tradicional i obstaculitzant la seva integració en el mercat de treball. És per això que aquest model dista molt de ser el model adreçat a facilitar aquesta integració. És

més, les desgravacions fiscals que rep la família com a part de les seves cures també cronifiquen aquest rol, **desgravacions fiscals, per cert, que afavoreixen les famílies més benestants a costa de les de menors ingressos.**

Tot això fa que el model de dependència estigui molt lluny del **model escandinau**, que es caracteritza per: 1) **caràcter públic**, 2) **universalitat**, 3) **cobertura suficient**, 4) **prestació directa de serveis**, 5) **ocupació pública**, 6) **gratuïtat de la cura**, 7) **equitat de gènere**, i 8) **equitat interterritorial**.

Recomanacions: resum de propostes

És urgent i prioritari que es faci un 1) **restabliment dels serveis essencials de cura** (escoles bressol i serveis d'atenció a la dependència) **anul·lats o reduïts per la pandèmia**; 2) **universalització** del dret a l'atenció suficient i de qualitat dels **serveis públics que componen el 4rt pilar de l'Estat del Benestar**; 3) **reversió gradual dels contractes amb empreses privades**; 4) **augment** de les **prestacions dels serveis públics** i 5) **desaparició progressiva de les prestacions i desgravacions relacionades amb la cura**. El **compromís per a la implementació total hauria de ser de 5 anys per a educació /atenció a la infància i de 10 anys per a l'atenció a la dependència**.

Dins de l'establiment d'un nou sistema d'atenció/educació infantil (0-3 anys) s'haurien d'aprovar permisos igualitaris per a cobrir els 8 primers mesos (escolarització des de ben petits o servei a domicili en cas de famílies monoparentals). Per a això cal una reforma del RD 6/2019 per a permetre que, passades les dues primeres setmanes, els progenitors s'agafin el permís a temps **complet i successivament.** **També cal el reconeixement del dret universal a una plaça escolar** 1) en una escola pública de **qualitat**, 2) amb horaris **suficients**, 3) **propers** al domicili; i que faci **innecessaris els xecs guarderia.**

També cal un nou sistema d'atenció a la dependència, mitjançant l'establiment d'un dret universal a l'atenció suficient per part dels serveis públics a base de: 1) **augmentar la cobertura** per a atendre tota la demanda sense comptar amb la cura familiar, 2) amb **només serveis públics de gestió i provisió pública: revertint privatitzacions,** i 3) **eliminar prestacions i desgravacions** relacionades amb la dependència.

L'increment net (increment del cost menys retorns directes) del nou sistema d'atenció /educació a la infància seria de 1.521 milions d'euros, quantitat que caldria assumir

durant el període d'implementació de 5 anys. D'altra banda, en els serveis d'atenció a la dependència la proposta permetria atendre 800.000 noves persones. L'increment net total de la despesa pública seria de 4.821 milions d'euros, quantitat també assumible en el període d'implementació de 10 anys.

Creació d'ocupació a través del 4rt pilar de l'Estat del Benestar. La inversió de despesa pública que generarà més ocupació a Espanya

L'any 2017 només un 13,3% de la població activa espanyola treballava al sector públic, el que representava uns 3 milions de llocs de feina. **Es tracta d'una xifra escassa si la comparem amb la situació de Suècia.** En aquell país, l'any 2017 l'ocupació pública arribava al 27,3% de la població activa, **més del doble que en el cas espanyol.** La magnitud de l'impacte que podria tenir en el mercat laboral espanyol transitar cap a un escenari similar al suec es fa palesa amb la següent xifra. **Tenir a Espanya un percentatge similar de la població activa treballant al sector públic que a Suècia significaria la creació de ni més ni menys que de 3,2 milions de llocs de treball, fins a assolir (amb xifres del 2017) els 6,2 milions de treballadors en l'àmbit públic.**

L'expansió i consolidació dels serveis associats al 4rt pilar de l'Estat del Benestar tindrien un paper fonamental en aquesta potencial creació d'ocupació. La implantació total d'un

nou sistema d'educació / atenció infantil de primer cicle gratuït i universal comportaria la creació d'uns **143.000 nous llocs de feina**. **Aquests nous llocs de feina anirien associats a efectes positius per a l'economia com ara l'increment dels salaris percebuts per les famílies, dels ingressos a la Seguretat Social i de la recaptació per IRPF.**

Sumat a la xifra anterior, **l'àmbit de l'atenció a la dependència** es podrien crear **més de 508.000 llocs de feina públics a temps complet**, els quals correspondrien a les categories de **(1) atenció directa i cures, (2) funcions d'hostaleria a centres de dia o residències, (3) manteniment de centres i serveis, (4) personal especialitzat (metges, treballadors socials...), i (5) administració i gestió dels centres.**

A més d'aquests llocs de treball directes, es generarien previsiblement altres efectes deguts a les següents raons: (i) necessitat d'ampliar i adaptar la xarxa d'infraestructures necessàries per a subministrar els serveis de forma adequada i suficient, (ii) llocs de feina indirectes en empreses proveïdores de productes relacionats amb l'activitat hotelera o d'activitats relacionades amb la rehabilitació i cures de salut, (iii) aflorament d'ocupació submergida, al convertir-se ocupació privada precària en ocupació pública. També cal assenyalar l'efecte que un

augment en la renda disponible de determinades famílies tindria sobre el **consum i la demanda d'ocupació**. D'altra banda, el fet que la **major part de les cuidadores siguin dones**, i la seva possible **incorporació al mercat laboral**, independentment de la seva **quantificació**, té una importància cabdal en la configuració d'un **sistema de cures que contribueixi positivament a la igualtat entre homes i dones**.

En total, **651.000 nous llocs de feina directes**, no contaminants i no deslocalitzables, a més dels **llocs de feina indirectes** i del número de **dones que**, després de ser alliberades de les seves càrregues familiars, **podrien incorporar-se al mercat laboral (450.000 en base a estimacions d'acord amb diverses experiències internacionals)**, sumant un total de **1,1 milions de llocs de feina**.

Els drets socials haurien de ser fonamentals i no només principis rectors de la política econòmica

Permetin-me una última observació que va adreçada a vostès, els legisladors de l'Estat espanyol, basada en l'experiència acumulada en tots aquests 42 anys de democràcia. Estaran d'acord que farà falta una pressió popular perquè les autoritats **i, molt en particular, vostès, legisladors, estableixin i despleguin aquests drets, ja reconeguts a la**

Constitució espanyola, una gran conquesta de la nostra democràcia. Tot i això, la **Constitució** diferencia entre drets **fonamentals** i altres que no ho són, entre ells els que es defineixen com a **els principis rectors de la política social i econòmica**. Drets fonamentals són drets com ara el **dret a la vida** – article 15 –, que empodera la persona a portar als tribunals persones o institucions que amenacen aquest dret. **Aquest empoderament no existeix, però, en els drets socials, com ara l'accés a la sanitat i als serveis socials, que precisament garanteixen la qualitat de vida de la ciutadania i que es reconeixen com a principis rectors de la política social i econòmica. Per mera coherència, els drets socials haurien de considerar-se drets fonamentals, ja que asseguren i garanteixen el dret a la vida (evitant la mort o protegint la qualitat de vida i benestar de la ciutadania), tal i com s'ha mostrat durant la pandèmia. Seria desitjable que això passés en un futur proper. La qualitat de vida i el benestar de la ciutadania en depenen. Senyores i senyors diputats i diputades, vostès poden contribuir en gran mesura que això sigui una realitat al nostre país. Tan de bo sigui així. Gràcies per la seva atenció.**