

Centros de tratamiento de adicciones: el peligroso limbo entre la legalidad y la clandestinidad

Carlos E. Flores
Natalia Rivas

Enero 2019

- El 11 de enero del presente año, los centros de adicciones en Ecuador volvieron a la primera plana de los medios: 18 personas murieron en un incendio provocado por los internos. En un primer momento se afirmó que se trataba de un centro clandestino. Sin embargo, el centro “Por una nueva vida”, contaba con permiso de funcionamiento hasta junio del año pasado. Dos días después del hecho ocurrido en los suburbios de Guayaquil, se generó otra alarma en la Isla Trinitaria. Los moradores alertaron que un centro para adictos se incendiaba, pero los bomberos lo encontraron abandonado cuando llegaron al lugar.
- Los centros de adicciones –que técnicamente reciben el nombre de Centros Especializados en Tratamientos para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Droga (Cetad)– también cobraron notoriedad cuando los colectivos LGBTI denunciaron una serie de vulneraciones de derechos humanos contra las personas de orientación sexual diversa. Hubo varios casos donde los centros ofrecían “terapias” para “curar” la homosexualidad. Sin embargo, pese a los diversos operativos que se realizaron entre el 2013 y el 2015, no se ha logrado dar mayor seguimiento a las prácticas terapéuticas que se aplican a las personas adictas.
- Por otra parte, en los últimos cinco años, dos normativas han intentado mejorar los mecanismos de regulación de dichos centros. Desde nuestra perspectiva, el Acuerdo Ministerial 767 ofreció mecanismos de veeduría y control social innovadores, con una articulación interinstitucional planificada y la posibilidad de que organizaciones sociales puedan supervisar a estos centros de adicciones. El Acuerdo 767 quedó eliminado y, en la actualidad, se cuenta con otro cuerpo normativo.
- A la luz de lo descrito, ¿de qué manera las instituciones públicas han dado seguimiento, actualmente, a los centros de adicciones? En los últimos 10 años, la institucionalidad ha ido cambiando de ente regulador. El primer ente de control fue el Consejo Nacional de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (Consep). Años más tarde, esta entidad desapareció para dar paso a la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas (Seted), la misma que en abril del 2018, ha sido suprimida mediante Decreto N° 376. En la actualidad, la regulación y control de estos centros de retención temporal (centros de adicciones) están bajo la mira de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, ACESS (Ministerio de Salud Pública).



OJO AL DATO



Centros que no solo curaban adicciones

Los centros para adictos y adictas han sido señalados, de manera recurrente, por ser espacios no solo para tratar las adicciones sino también para “corregir” personas. Roqueros, mujeres infieles, adolescentes con comportamientos rebeldes, son grupos que, en el hablar del ciudadano promedio, han sido “internados”. Las historias, en ese sentido, abundan, aunque no existan estudios rigurosos sobre el tema. Lo que sí se ha documentado –al menos periódicamente– es el internamiento de gays, lesbianas, transgéneros, contra su voluntad, en estos centros de adicciones.

El primer caso emblemático que involucró a personas LGBTI ocurrió el 2008, cuando una mujer lesbiana fue internada contra su voluntad en un centro llamado “Puente a la Vida” (Quito)¹, por un tiempo aproximado de dos años. Cinco años después, otros dos casos significativos salieron a la luz: una mujer lesbiana guayaquileña fue trasladada contra su voluntad a un centro en la Amazonía y otra mujer lesbiana –hermana de un entonces asambleísta del gobierno de turno– fue llevada a un centro en Manabí².

Las denuncias de los colectivos LGBTI son apenas la punta del iceberg de un problema mayúsculo. En los centros se encontraron casos gravísimos de violaciones de derechos humanos contra personas que se encontraban recluidas para superar su adicción. En el 2013, y bajo la gestión de la ministra de salud y activista por los derechos de las personas LGBTI, Carina Vance, se realizaron sendos operativos en coordinación con instituciones del Estado. Dichos operativos se pensaron, sobre todo,

para identificar a personas LGBTI internadas contra su voluntad, y saber, además, en qué condiciones se encontraban los pacientes adictos.

Un informe Técnico del Ministerio de Salud del 2016 (DNDHGI-INF-#0036) muestra datos sobre los operativos realizados. Desde el año 2013 al 2015, el Ministerio de Salud Pública realizó alrededor de 290 operativos de control a estos centros. Esta estrategia de vigilancia –señala el documento– contribuyó para que este tipo de establecimientos cumplan con los permisos de funcionamiento y se pueda reducir la clandestinidad.

El Informe también reporta que, en el 2016, existían 97 Centros de Recuperación de Adicciones con permisos de funcionamiento, a nivel nacional; 18 centros tenían procesos de sanción administrativa y 4 casos estaban relacionados a vulneración de derechos humanos, que fueron referidos a la autoridad competente para que se proceda a judicialización.

Este nivel de despliegue no tuvo precedente ni tampoco una réplica de dichas proporciones en la actualidad. El volumen de información recogida y la casuística que se haya identificado, tampoco ha merecido mayores discusiones o el fortalecimiento de políticas públicas para abordar este tema. Sin embargo, desde la problematización que realizaron los colectivos LGBTI, se pudo conocer al menos dos aspectos:

1. La realización de operativos sorpresa a los centros de adicciones reveló –en el más alto nivel de coordinación institucional– la fuga de información. Es decir, algunos de estos operativos, por ejemplo, “se caían” porque se

1. Con el tiempo se empezó a llamar a estos centros como “clínicas de deshomosexualización”. Sin embargo, hubo también un inadecuado manejo en los medios de comunicación sobre el tema. Es decir, algunos titulares señalaban que existían 200 o 400 “clínicas de deshomosexualización”. La imprecisión, con tono sensacionalista, engloba a todos los centros de adicciones como clínicas de deshomosexualización. La afirmación es dudosa, ya que no todos los centros ofrecían este tipo de “terapias”. Por otra parte, que un lugar se autodenomine como “de deshomosexualización” sería un atentado visible a los derechos humanos, en general. Violaría, además, todas las normas nacionales e internacionales relacionadas a la población LGBTI.

2. En esta investigación periódica se da cuenta sobre la impunidad en los centros señalados por ofrecer terapias de reconversión sexual o “deshomosexualización”. “Impunidad que tortura”, contó con el auspicio de Connectas y el International Center for Journalist, ICFJ. Link: <https://www.connectas.org/especiales/impunidad-que-tortura/>



filtraban. Los dueños de los centros a intervenir ya estaban previamente avisados. Entonces, en el operativo no se encontraban evidencias. Esto supuso que, algunos representantes de las instituciones participantes, sospecharan de los vínculos de ciertos funcionarios públicos con algunos dueños de centros de adicciones.

2. El cierre de un centro significaba que, con el paso del tiempo, volvía a funcionar pese a ser observado no solamente por no cumplir con las disposiciones técnicas y administrativas, sino por afectación a derechos humanos. Un centro clausurado reaparecía con otro nombre, regentado por el mismo director sobre el que recayeron prácticas cuestionadas.

En base a los operativos realizados, se pudo construir la hipótesis de que hay una modalidad de trabajo en red de estos centros, que cuentan, además, con puntos de conexión con el Estado, como el Ministerio de Salud³. Este *modus operandi*, en cierta forma, sostiene el fin lucrativo de estos centros y debilita la presencia institucional del ente rector para regular y controlar con efectividad.

La lenta respuesta del Estado

En Ecuador, el consumo problemático de alcohol y drogas se ha convertido en un fenómeno que representa un gasto importante para el Estado. La Secretaría Técnica de Drogas (Seted), a través del estudio sobre el costo del fenómeno de las drogas en el país⁴, estableció que el Estado gastó para el año 2015 USD 214.029.337. Es decir, USD 13 por persona. Se trata de un gasto que representa el 0,2% del PIB.

El Gobierno no solo destina rubros para la atención médica, la adaptación de centros especializados, presupuestos para campañas de prevención, sino que

además, se enfrenta a la realidad de una población ausente, que deja de ser “productiva” y pasa a ser una “carga” que debe ser, de alguna manera, reinsertada.

El Estado aún no puede cubrir la demanda de la población y, gran parte de esta, toma los servicios de algún centro privado legal o no. En ese sentido, los centros de adicciones privados legales son numéricamente superiores a los públicos. Por ejemplo, en el 2017, el Ministerio de Salud registró 110 establecimientos, entre centros privados (100), ambulatorios (8) y hospitales especializados en salud mental que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (2).

Tanto en el 2016, como en el 2017, los centros privados representaban el 90% del total de los establecimientos para atender a personas con adicciones en el país. Es una proporción –sin riesgo a equivocarnos– histórica. Es decir, que se ha mantenido a lo largo de los años. A eso sumar, además, la variedad de precios que oscilan entre 300 y 2.500 dólares mensuales. Ante esa realidad económica, sumada la falta de cupos en centros de rehabilitación del Estado, los familiares acuden a sitios clandestinos que prometen “curarlos” a bajos precios.

En dichos centros se conocen de tratos inhumanos, reclusión en espacios insalubres; situación de abuso de poder por parte de los dueños o de los terapeutas vivenciales, encadenamientos, trabajos forzados, presión psicológica e incluso amenazas religiosas. De su parte, los centros legalmente reconocidos tampoco han quedado exentos de estos señalamientos. Existen casos de directores con denuncias por tortura que continúan al frente de sus establecimientos.

3. Este hecho se pudo constatar ampliamente cuando, una comisaria de salud (Ministerio de Salud) en la Amazonía, estuvo vinculada a un centro de adicciones que funcionaba de manera irregular. La comisaria en cuestión debía garantizar que no existan este tipo de centros. Posteriormente, la funcionaria fue separada del cargo.

4. El documento es: “Costo del fenómeno de las drogas en Ecuador en 2015”, realizado por Fernando Naranjo y David Jaramillo.



Para cubrir esta demanda, el Estado maneja un proyecto para crear e implementar servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, con una cobertura a nivel nacional. La propuesta cuenta con un presupuesto de USD 8.143.359,18 para ampliar la cartera de servicios en modalidad ambulatorio intensivo y crear 12 Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas, en ciudades priorizadas de las 9 Coordinaciones Zonales.

Pero, por otra parte, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (Acess) del Ministerio de Salud ha puesto mayores exigencias a los centros de adicciones privados. La exigencia busca alcanzar niveles óptimos de calidad, o al menos ese es el propósito desde el ministerio. Sin embargo, los centros privados se han visto en la necesidad de incrementar sus costos, un aspecto que pone en aprietos a las familias que buscan ayuda.

Para graficar lo anteriormente afirmado, el Ministerio de Salud Pública asegura que, solo en la Zona 8, existen 87 centros de adicciones. De los 87, solo tres dan posibilidad de internar a pacientes mientras que los 84 restantes nada más ofrecen servicio médico ambulatorio.

A mediados del 2017, el Seted y el Ministerio de Salud firmaron un acta de compromiso con la Red Nacional de Centros de Tratamientos (privados). Este encuentro buscó encaminar un trabajo conjunto entre el gobierno y estos centros. Se trató de la primera reunión de este tipo en el país y buscó establecer, entre otras cosas, la unificación de metodologías para el tratamiento de adicciones. Para octubre de ese año, los centros privados elevaron sus cuestionamientos y salieron a marchar ante los nuevos ajustes para la entrega de licencias de funcionamiento. La Acess les empezó a solicitar personal profesional que cubra la jornada de un día (24 horas) por un período laboral de 8 horas. Es decir, se requerirían, por ejemplo, tres médicos en un centro. Otro requisito: que un psicólogo pueda atender a 10 rehabilitados. Superar ese número implicaría tener a dos psicólogos. Por este y otros requisitos, los centros han propuesto

mayor facilidad para acceder a créditos, flexibilizar los requisitos u ofrecer sus servicios al Estado por medio de convenios.

Las idas y vueltas para regular a los centros

Históricamente ha sido el Consep el ente regulador de los centros de adicciones. La institución inició operaciones con la Ley 108 y tuvo una vigencia de 25 años (1990-2015). En el 2010, bajo el Acuerdo Ministerial 339 y a la luz de las denuncias de la comunidad LGBTI, se realizan algunos ajustes para proteger a estos grupos. Sin embargo, el Consep pierde la rectoría sobre los centros de adicciones bajo la gestión de la ministra de Salud y activista, Carina Vance. Ella emitió el Acuerdo Ministerial 767, en el 2012, llamado Reglamento para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencias de Sustancias Psicoactivas.

Esta normativa presentó importantes pasos en materia de vigilancia y control social, sin precedentes, abriendo el camino para la realización de diversos operativos con importante apoyo interinstitucional. El acuerdo motivó la creación de una Comisión Técnica Interinstitucional Local (CTIL) y una Comisión Técnica Interinstitucional Nacional (CTIN). El carácter “interinstitucional” obedeció al involucramiento de diversas entidades del Estado como: Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, Ministerio del Interior, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Defensoría del Pueblo, Fiscalía General del Estado y Consep.

Tanto el CTIN como el CTIL establecían períodos para reunirse. El CTIN se reuniría trimestralmente, mientras que el CTIL lo hacía una vez al mes. Aunque podrían, CTIN o CTIL, reunirse cuando el caso lo amerite y realizar, además, visitas programadas o no programadas a los centros de adicciones. Incluso, el CTIN estaba facultado para realizar este tipo de visitas al propio CTIL a fin de vigilar un adecuado sistema de control. El CTIN, además, podía investigar casos de corrupción dentro del mismo Ministerio de Salud o de cualquiera de las instituciones involucradas, relacionadas con los centros.



Otro elemento importante de esta normativa se refería al Título VII sobre “Veeduría y Control Social”, que establecía mecanismos de transparencia y control, fomentando la participación ciudadana. Por ejemplo, el artículo 36 señala:

- Art. 36.- Todo CR⁵ público o privado deberá garantizar *una articulación* con organizaciones no gubernamentales, los familiares de los pacientes y otros para garantizar su participación e integración en los procesos de veeduría y control social frente al manejo del CR. (Cursivas nuestras)
- Art. 37.- Todo CR público o privado deberá *garantizar acceso a la información* por parte de personas naturales, organizaciones de la sociedad civil, agrupaciones de mujeres y otros colectivos, sin perjuicio de garantizar confidencialidad sobre datos de las y los pacientes. (Cursivas nuestras)

Una normativa con estos alcances quedó eliminada cuatro años después por la Resolución 080. Los aportes más representativos de esta resolución, probablemente, recaigan sobre la necesidad de exigir mayor personal profesional calificado y capacitado para ofertar estos servicios (Trabajador o trabajadora social, psicólogo o psicóloga social, licenciado o licenciada en enfermería, entre otros). La figura del terapeuta vivencial tiene mayor especificidad: solo podrá realizar charlas grupales (nunca individuales) de motivación, previa autorización por escrito del responsable técnico y bajo su supervisión, por un máximo de 10 horas a la semana (Art. 14). Además, tienen prohibido residir en las instalaciones de los centros de adicciones⁶.

En los aspectos referidos al control y a las veedurías, la Resolución 080 es puntual y deja de lado los detalles de coordinación y vigilancia del Acuerdo 767: será el Ministerio de Salud Pública quien coordine con las instituciones pertinentes a fin

de adoptar políticas, planes y acciones conjuntas (Art. 30). Mientras que, el trabajo conjunto con la sociedad civil organizada, quedó bajo la forma de promoción.

Hora de activar alertas

¿Se han superado los problemas y excesos cometidos por los centros de adicciones? Una respuesta positiva y absoluta, sin derecho a inventario, podría ser reduccionista y daría por concluido un problema que requiere control social y estatal constante. Algunos funcionarios públicos pueden pensar que, ante la regulación existente, ya no es necesario el monitoreo no programado (sorpresivo) que se realizó entre el 2013 y el 2015. Inclusive, se puede señalar la falta de recursos para movilizar a un grupo de funcionarios. O que, pese a que las instituciones pueden actuar de oficio, no lo quieran hacer para no “duplicar funciones” con el ente rector, que en este caso es el Ministerio de Salud. El hecho es que mayor normatividad no garantiza la supresión de violaciones de los derechos humanos que se puedan cometer.

De otra parte, sí es relevante preguntarnos, ¿qué ha sucedido con la información recogida en los 290 operativos hace cinco años? Un despliegue institucional –no visto ni realizado antes– debe mostrarnos algunas respuestas y, por consiguiente, dar claves para ajustar políticas públicas. ¿Se pudieron identificar redes y las conexiones de estos centros con instituciones estatales claves? ¿Los directores acusados de casos de tortura tuvieron procesos judiciales? ¿Qué acciones asumieron las organizaciones de derechos humanos –no solo las LGBTI– ante la revelación de actos execrables cometidos contra las personas adictas en nombre de supuestas terapias? O, en la actualidad, ¿cuántos operativos se han realizado, al menos en los dos últimos años, a los centros que cuentan con los permisos respectivos?

5. CR. Centro de Recuperación. Así citado en la norma.

6. El terapeuta vivencial era el adicto regenerado. Su figura fue muy cuestionada por los excesos cometidos y falta de formación profesional. Antes de estas regulaciones que hemos descrito, un terapeuta vivencial podía montar un centro de adicciones, y trabajar dando terapias que a él le funcionaron. Es decir, donde la violencia era parte del tratamiento.



Los medios de comunicación que siguieron con atención los operativos sorpresa, dieron el número aproximado de 500 personas rescatadas. Revelaron las condiciones infrahumanas que padecían como parte del “tratamiento” para curar una adicción. Pese al diagnóstico y la casuística identificada, y según el rastreo realizado, no se ha encontrado la información de dichos operativos. Haber tocado diferentes puertas, y con poco éxito para acceder a los mismos, hace suponer que hay un problema de “memoria institucional”. Es decir, que no existen los archivos.

Lo otro es que, hasta donde se ha podido conocer, no existen procesos judicializados ejemplificadores contra los centros de adicciones por haber cometido delitos de diferente orden (tortura o secuestros, los más recurrentes). Ciertas organizaciones LGBTI, por ejemplo, pese a su insistencia en la búsqueda de sanciones por parte del Estado, tampoco lo han logrado. De hecho, en el reportaje de investigación, “Impunidad que tortura”, se pudo identificar que uno de los casos emblemáticos, ocurrido en el 2013, tuvo la irrisoria sanción de 10 días de prisión correccional y el pago de una multa de 6 dólares.

En el campo normativo-institucional: el Acuerdo 767 proveyó los mejores mecanismos para plantear una mayor veeduría y control social, al menos en el papel. No se ha podido conocer si, en los años que duró, hubo una promoción efectiva para que las organizaciones observen con más interés estos espacios de reclusión temporal (centros de adicciones). Pero, su eliminación con la Resolución 080 no fortalece los pasos dados y desarma también las formas periódicas de coordinación institucional que forjó.

El otro asunto se refiere al ente rector que regula a estos centros. El Consejo desapareció para convertirse en la Secretaría Técnica de Drogas (Seted), por la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización. Pero, en abril de este año, el Seted quedó suprimido mediante el Decreto No. 376, dejando sus actividades y proyectos, en manos del Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior. En

la actualidad, la Aceso (Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada) toma la batuta de control y regulación a estos centros. Apoyándose en la Resolución 080, este organismo ha empezado un nuevo proceso de entrega de licencias. El número de centros autorizados, hasta el momento, es de 37.

El Estado, en el campo de la rehabilitación y tratamiento de las drogas, muestra su lado más débil: los centros de adicciones privados son numéricamente mayores a los servicios que ofrecen las entidades públicas, y estos, son principalmente ambulatorios. El tratamiento terapéutico residencial para adictos está en manos de los privados, de quienes no se conoce si hay micro-redes (un dueño con varios centros, por ejemplo). Y, si bien las exigencias para que ofrezcan una mayor calidad en sus servicios son saludables, muchos probablemente no las cumplirán porque les significa mayor inversión (costos) en sus propios centros. O quienes aspiren a cumplirlas necesitarán más tiempo, y eso tendrá como resultado más demora para conseguir la respectiva licencia de funcionamiento. Por tanto, es una situación que abre el camino para la clandestinidad y la ilegalidad. La población busca un servicio que puede ser costoso y el Estado no le ofrece suficientes alternativas. Entonces, optará por centros dudosos y potencialmente peligrosos para la salud e integridad de sus familiares o conocidos.

Además, en este último aspecto, cabe preguntarse ¿quién está supervisando a los centros religiosos que ofrecen servicios y terapias espirituales para personas adictas? En otros términos, ¿las organizaciones religiosas pueden contar con sus propios centros de adicciones? Ahora que, por las políticas de reducción del Estado, el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos (ente rector de los cultos en el país) se ha suprimido, ¿el Ministerio de Salud debería regularlos? Estos vacíos institucionales dejan espacios potenciales para operar ilegalmente.

La sensibilización sobre el tema debe conducirnos a una actividad vigilante y alerta, tanto de ciudadanos y organizaciones sociales. Si bien son espacios para rehabilitación, no dejan de ser lugares de reclusión temporal. Es decir, el encierro exige mayores



atenciones sobre lo que sucede dentro de los centros, las terapias que aplican, entre otros. Las instancias estatales requieren de mejores mecanismos de difusión y formas de detección temprana sobre situaciones que afecten los derechos humanos en estos espacios.

Este debate continúa. Las recientes políticas del Gobierno, al eliminar entidades como la Seted; el endurecimiento de las exigencias de la Aceso a los centros de adicciones privados, y la falta de mayor control y regulación interinstitucional a estos centros (sobre todo los clandestinos) nos indican que aún estamos lejos de contar con un sistema de rehabilitación fiable y seguro para las personas que padecen adicción.

Al iniciar este 2019, la muerte de 18 jóvenes en el centro “Por una nueva vida” provocó reacciones de diverso orden. La Asamblea Nacional decidió convocar a los ministerios de Interior, Salud y Educación para analizar una nueva política integral en materia de adicciones.

¿Qué decisiones tomará, nuevamente, el Estado?

[Para mayor información sobre el tema, visite el especial publicado en www.ojoaldata.ec]



Autor y autora

Carlos E. Flores

Periodista y máster en Ciencias Políticas. Integrante del equipo de Asuntos del Sur, del CONNECTAS Hub y director de Ojo al Dato (www.ojoaldato.ec)

Natalia Rivas

Periodista freelance y máster en Antropología Visual. Investigadora social, integrante del colectivo gráfico Replicantes y colaboradora de Ojo al Dato.

Pie de imprenta

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) Ecuador
Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS)
Av. República 500 y Martín Carrión, Edificio Pucará
4to piso, Oficina 404, Quito-Ecuador

Responsable

Gustavo Endara | Coordinador de proyectos

Teléfono: +593 2 2562103

<http://www.fes-ecuador.org>

 Friedrich-Ebert-Stiftung FES-ILDIS

 @FesILDIS

Para solicitar publicaciones:

info@fes-ecuador.org

Diagramación: graphus® 290 2760

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES-ILDIS) Ecuador

La Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) es una organización alemana representada en más de 100 países del mundo comprometida con los valores de la democracia y la justicia social. Desde su llegada al Ecuador en el año 1974 como Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS), la institución se ha desempeñado como centro de pensamiento progresista y facilitador de diálogos democráticos. El trabajo está enfocado en cuatro ejes: profundizar la dimensión social de la democracia, fomentar la justicia social, construir una economía justa, así como aportar a la gobernanza regional y la paz.

Ojo al Dato

Ojo al Dato investiga periodísticamente y produce contenidos centrados en datos sobre temas de interés público.

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente las de la Friedrich-Ebert-Stiftung.

ISBN: 978-9978-94-196-6