

## CORA Y ATLAS

### La Salud en la Adopción

**La asociación** Atlas en Defensa de la **Adopción** y CORA (Coordinadora de **Asociaciones** en Defensa de la Adopción y el Acogimiento) han sido los **promotores** de un excelente proyecto, dos guías de salud en la adopción **dirigidas** a familias y a especialistas en pediatría. Os ofrecemos un **primera** entrega



La Guía de Salud en la Adopción, fue presentada en la Consejería de Familia de la Comunidad de Madrid en noviembre pasado, está avalada por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), [www.aepap.org](http://www.aepap.org)) y la Sociedad de Pediatría Social de la AEP. En su elaboración han participado siete prestigiosos pediatras que intervienen de modo directo en el área de la adopción. La coordinación del proyecto ha sido responsabilidad de Alberto Núñez, responsable de la Comisión de Salud, en Atlas y CORA y Francisco Rúa, presidente de Atlas y CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento)

Distintos organismos colaboraron en la financiación de este proyecto. Fueron: Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. (Comunidad de Madrid) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad). CORA. y ATLAS.

**El porqué de una guía.** Los niños adoptados en el ex-

tranjero tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud física, del desarrollo neuromaturo, psicopatológicos y de adaptación social, por estar y/o haber estado expuestos a múltiples factores de riesgo. La información médica y sociosanitaria pre-adoptiva que se ofrece y se obtiene de estos niños es, en general, deficiente. En muchos casos, el cúmulo de deficiencias es tal que la evaluación de dicha información no permite identificar la existencia de problemas médicos, la necesidad presente o futura de otras evaluaciones o tratamientos médicos o quirúrgicos, así como la manifestación de potenciales factores de riesgo que afecten su desarrollo a largo plazo o de manera irreversible. En definitiva, en muchos casos no es posible evaluar el estado real de salud física y mental del menor a adoptar.

Las familias adoptivas deben estar preparadas para afrontar debidamente las siguientes situaciones:

• El viaje y la estancia en el extranjero implican riesgos —en su mayoría prevenibles— de adquirir enfermedades transmisibles. Por ello, es necesario asesorarse sobre las medidas

necesarias para evitarlos o prevenirlos.

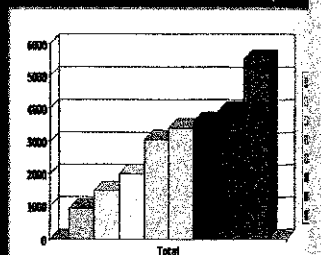
• Cuidar al menor adoptado en el extranjero implica tener unos conocimientos elementales sobre alimentación, higiene, enfermedades infantiles comunes y actuación frente a trastornos de adaptación frecuentes en el niño post-institucionalizado. También será útil conocer el contenido del botiquín médico de viaje y sus normas de utilización.

Hay que tener en cuenta que:

• Alrededor de un 10-15% de los niños procedentes de adopción internacional presenta a su llegada problemas de salud física y/o mental no reconocidos o sospechados antes de la adopción.

## ADOPCIÓN INTERNACIONAL

Evolución del número de adopciones



das sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de 1989, firmada y ratificada por España en 1990, indica en su artículo 21 que la adopción internacional es una medida de protección del menor que ha de ser utilizada en último extremo, una vez agotadas todas las posibilidades de que el menor pueda permanecer en el seno de su familia biológica o, en todo caso, en el Estado que le vio nacer, a fin de evitar el posible desarraigo que pueda ocasionar al menor el traslado a un país diferente del suyo.

El Convenio de La Haya, de 29 de mayo de 1993, relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, ha supuesto un reto importante en

rias destinadas a garantizar la información de ámbito socio sanitario que se debe proporcionar sobre los menores adoptables.

La adopción es, por tanto, un medio de protección en el que debe primar el interés superior del menor. Pero adoptar a un niño es un ejercicio serio de responsabilidad. La mayoría de las familias españolas que deciden hacerlo en el extranjero, aceptan que su futuro hijo llegue con problemas de salud física o mental recuperables a corto o medio plazo, pero son muy pocas las que asumen la adopción de un niño con una posible enfermedad crónica irreversible o discapacitante, especialmente si es de tipo neurosensorial. Las familias saben que para

**Las familias.** España se ha incorporado recientemente a la adopción internacional. Desde la ratificación del Convenio de La Haya en 1995, por factores múltiples e interrelacionados, este fenómeno social se ha incrementado de una forma exponencial en nuestro país, de tal forma que en la actualidad somos la segunda nación del mundo en número de adopciones internacionales, por detrás de los Estados Unidos de América. De esta forma, en menos de una década, la sociedad española se ha acostumbrado a una realidad antes prácticamente desconocida que ha irrumpido sobre la concepción tradicional de familia sin alterar su función y su sentido. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el total de niños adoptados en nuestro país en el período 1997-2004 ha sido de 24.042 y procedían de 49 países, aunque seis de ellos (China, Federación Rusa, Colombia, Ucrania, Rumania e India) suponen el 78% del total.

### Perfil general de la familia adoptante.

- El 85% son parejas, el resto familias monoparentales, principalmente mujeres.
- El 80% de edad entre 35 - 45 años.
- Nivel educativo, económico y social medio-alto.

**En menos de una década** la sociedad española se ha acostumbrado a una nueva realidad: la adopción internacional.

cuanto al establecimiento de garantías legales y respeto de los derechos fundamentales del niño en el ámbito de la tramitación de las adopciones internacionales. Sin embargo, no todos los países de origen de los niños adoptados en el extranjero han suscrito dicho Convenio, y en el mismo no se han arbitrado las medidas necesari-

adoptar niños con discapacidades, no es necesario salir de España. La adopción de un niño con un trastorno de salud física o mental grave por una familia que desconocía su existencia puede provocar situaciones de inadaptación que acaben en un fracaso de la adopción y un nuevo abandono del menor.

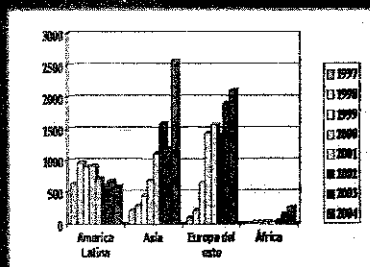
Las enfermedades infecciosas están presentes hasta en un 35% de estos niños, y que existe el peligro, aunque bajo, de transmisión a otros miembros de la familia o de la comunidad.

Por ello, en el niño adoptado en el extranjero es indispensable realizar una evaluación médica tras su llegada para reconocer y corregir precozmente los problemas de salud física y/o mental y planificar su seguimiento médico sistematizado. Con ello facilitamos su adaptación y mejoramos su calidad de vida, su futuro desarrollo físico, emocional, intelectual y social.

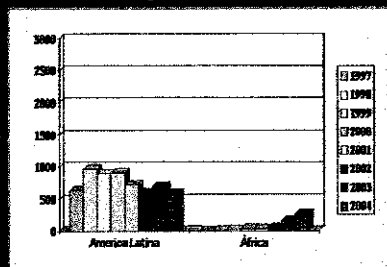
**La Ley.** La Convención internacional de Naciones Uni-

## NAL EN ESPAÑA EVOLUCIÓN 1997-2004

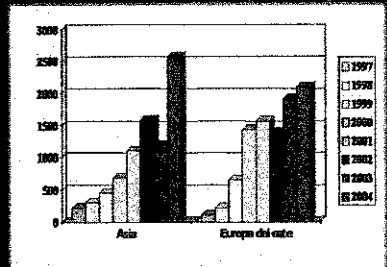
Procedencia por continentes



América Latina y África



Asia y Europa del este



- » Trabajo estable y vivienda propia.
- » Solicitan adoptar un menor sin graves alteraciones de salud o recuperables a corto-medio plazo.
- » No existe predilección sobre el sexo del menor a adoptar.

Para estudiar, analizar y mejorar la situación de este importante fenómeno social, el Senado de España, en su sesión plenaria de 7 de marzo de 2002, constituyó la Comisión Especial sobre la Adopción Internacional.

Esta Comisión, sobre la base de opiniones, informaciones, datos y propuestas aportadas por las instituciones, asociaciones de familias y expertos comparecientes ante la misma, publicó su informe en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 9 de diciembre de 2003 y fue aprobado por unanimidad en Sesión Plenaria de la Cámara del Senado celebrada el 10 de diciembre de 2003.

Entre las recomendaciones formuladas por la Comisión, destaca el establecimiento de un protocolo médico-pedagógico, homologado por países, mediante los correspondientes acuerdos bilaterales, procurando asimismo la adecuada atención sanitaria en España a los menores adoptados según las especificidades de sus países de origen.

Atlas y CORA, promovieron el estudio "Encuesta Estatal de Salud en Adopción 2004" publicado en septiembre de ese año.

Este estudio concluyó que la disposición de unos protocolos médicos comunes para la evaluación inicial y el seguimiento de los niños procedentes de adopción internacional, evitaría diferencias asistenciales entre centros, evaluaría y detectaría de forma adecuada las alteraciones presentes o futuras que pudieran afectarles, y daría mayor seguridad a las familias.

Con los mismos objetivos, la Associació Illes Balears d'Adopcions (AIBA) publicó en enero de 2005 el "Estudi Socio-Sanitari sobre L'Adopció Internacional D'Infants a les Illes Balears".

Entre sus conclusiones se considera que sería importante una sistematización de los exámenes médicos que deben realizarse, tanto a la llegada del niño procedente de adopción internacional, como en las visitas de seguimiento posteriores. ■

(Próximo capítulo: La consulta preadoptiva y los problemas de salud más frecuentes). FRANCISCO J. RÚA Y JUAN VALLÉS, COMISION PERMANENTE DE CORA, VOCALES DE CCAI EN REPRESENTACIÓN DE LAS FAMILIAS ADOPTIVAS.

## CORA

# Consejo Consultivo de Adopción Internacional

**La opinión** de CORA es que el nuevo Consejo Consultivo permite por **primera vez un foro de diálogo.**

El 28 de Noviembre de 2005, se celebró la reunión de constitución del Consejo Consultivo de Adopción Internacional en virtud de lo dispuesto en el RD 521/2005 de 13 de Mayo (BOE 136 de 8 de Junio), en el que forman parte dos vocales de CORA como representantes de las familias adoptivas. La creación del Consejo Consultivo de Adopción Internacional (CCAI) permite disponer por primera vez de un foro de dialogo y de análisis permanente, con la participación de las Administraciones Públicas competentes y de todos los sectores afectados, en el que poder abordar de forma conjunta la

problemática que presenta un fenómeno social relativamente reciente, de una gran complejidad y que está experimentando un rápido crecimiento, como es la Adopción Internacional.

La presencia de representantes de las familias adoptivas en el CCAI supone, además, un importante hito en la historia de las asociaciones: Su presencia en este Consejo Consultivo entendemos que significa, nada más y nada menos, que el reconocimiento oficial de su papel de representantes sociales de los principales protago-

nistas de un proceso de adopción. Desde el punto de vista de las familias adoptivas, el punto de partida de las labores a desarrollar en el seno del CCAI deberían ser las recomendaciones incluidas en el informe final de la Comisión Especial del Senado sobre Adopción Internacional. Estas recomendaciones, referidas al ámbito normativo, al ámbito de las administraciones competentes y en relación a las Entidades

Colaboradoras de Adopción Internacional fueron aprobadas por unanimidad de todos los grupos políticos en diciembre de 2003. De acuerdo con estas recomendaciones y con los objetivos con los que se creó el

CCAI, las líneas de actuación que creemos que debería seguir el CCAI de forma inmediata son las siguientes:

- Revisión en profundidad de los actuales procedimientos administrativos relativos a la adopción internacional y de los criterios técnicos de aplicación.

- Estudio de la creación de estructuras sólidas y profesionalizadas de apoyo post-adoptivo y otras medidas de apoyo a los adoptados y adoptantes.

- Revisión de las actuaciones de las administraciones públicas competentes respecto de las

**"La presencia de las asociaciones en el Consejo supone un hito histórico."**

### Coordinación general del proyecto

Alberto Nuñez.  
Comisión de Salud,  
en Atlas y CORA.  
Francisco Rúa.  
Presidente de Atlas y  
CORA.

**Autores** (por orden  
alfabético):  
Maite de Aranzabal  
Agudo. Pediatra del  
Centro de Salud  
Agurain, Vitoria.  
Ángel Cortes Lozano.  
Pediatra Residencia  
Infantil "Casa de los  
Niños" del I.I.M.F.

Consejería de Familia  
y Asuntos Sociales  
de la Comunidad de  
Madrid.  
Victoria Fumado  
Pérez. Pediatra de la  
Unidad de Patología  
Importada del  
Hospital Sant Joan  
de Deus. Barcelona  
Milagros García  
López Hortelano.  
Pediatra de la Unidad  
de pediatría tropical.  
Hospital Carlos III.  
Madrid  
Ángel Hernández

Morino. Pediatra.  
Centro de Salud  
"Granero Voced"  
(SERMAS).  
Alcorcón, Madrid  
Julian Lirio Casero.  
Pediatra de la Unidad  
de Pediatría Social.  
Hospital Niño Jesús.  
Madrid  
Gonzalo Olivan  
Gonzalo. Pediatra  
de la Consejería de  
Servicios Sociales de  
la Comunidad  
Autónoma de  
Aragón.