

CORA Y ATLAS

La salud
en la
adopción IV

China y la Federación **Rusa** son los dos **principales** países de origen de nuestras **niñas** y niños adoptados. En esta entrega del **informe** de Atlas y Cora vemos cuales son los **principales** problemas de salud que **aquejan** a los pequeños chinos y **rusos**.



La Federación Rusa y los países de Europa del Este son la segunda área geográfica en frecuencia de los niños adoptados en el extranjero por familias españolas. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el total de niños adoptados en estos países durante el período 1997-2004 ha sido de 9.387, lo que supone el 39% del total de los niños procedentes de adopción internacional.

La Federación Rusa, con 5.034 niños, es el principal país de procedencia, seguido de Ucrania (1.859), Rumania (1.491) y Bulgaria (865). Los restantes niños se han adoptado en Hungría (85), Kazajstán (26), Polonia (19), Letonia (3), Bielorrusia (3), Bosnia (1) y Moldavia (1).

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005)

Contexto causal. En estos países hay un gran número de niños institucionalizados debido a las bruscas transformaciones políticas, económicas (liberalización y privatización) y sociales que han sufrido durante la década de los años noventa.

Problemas de salud.

Las consecuencias en la población infantil de este deteriorado marco económico, sanitario, familiar y social, además de otros factores que pudieran existir previos a la institucionalización o durante la misma, da lugar a que los niños adoptables de la Federación Rusa y países del este de Europa tengan un riesgo importante de presentar problemas de salud física y/o mental.

A pesar de la existencia de los problemas de salud anteriormente descritos, el mayor dilema de las familias respecto de adoptar en la Federación Rusa y otros países del este de Europa no es que los niños lleguen con más o menos problemas de salud, de conducta y adaptación social, ya que estos problemas, en la mayoría de los casos, se han solucionado, recuperado o mejorado a partir del primer o segundo año de convivencia con la familia adoptiva. De hecho, la inmensa mayoría de las familias que han adoptado un niño originario de estos países lo volverían a adoptar.

Los informes médicos preadoptivos que se emiten en estos países, en general, ofrecen

una información escasa, confusa y, en muchas ocasiones, alarmante respecto al neurodesarrollo del niño a adoptar, lo que provoca una gran incertidumbre y un estado de ansiedad en las familias que los reciben.

Estos informes médicos se caracterizan principalmente por mencionar numerosos diagnósticos, la mayoría de índole neurológica, utilizando con frecuencia una clasificación o una terminología diferente a las clasificaciones y a los conceptos diagnósticos utilizados en la medicina occidental, y especialmente en el área





de neurología, que sugieren la existencia de una patología seria del sistema nervioso central o periférico (parálisis cerebral infantil, hipertensión intracraneal, hidrocefalia, deficiencia mental, trastornos neuromusculares, etc.). Habitualmente, los diagnósticos de índole neurológica se emiten en el periodo neonatal, se mantienen y/o se emiten nuevos diagnósticos hasta que el niño tiene aproximadamente dos años de edad, y se modifican o desaparecen a partir de entonces.

Además, estos diagnósticos no se suelen acompañar de una descripción de los signos,

síntomas, pruebas complementarias y/o tratamientos que los sustenten o, si se describen, pueden ser discrepantes con los diagnósticos emitidos. Asimismo, existen discrepancias entre los diagnósticos médicos preadoptivos de los niños procedentes de la Federación Rusa y países del este de Europa y los observados en la exploración médica realizada en el país de acogida a su llegada.

A todas estas deficiencias, hay que añadir errores de fechas, errores en la conversión de unidades de medida, discrepancias con la información aportada de forma oral y traducciones incompletas o incorrectas. Además, aunque de

Los informes médicos que se emiten en Países del Este, ofrecen una información escasa, confusa y a veces alarmante.

forma excepcional, se han detectado casos de diagnósticos adulterados y de ocultamiento de datos y/o diagnósticos

Sobre la base de la experiencia, en el caso de los niños procedentes de la Federación Rusa y de otros países de Europa del este, se considera que

la simple evaluación e interpretación del informe médico preadoptivo elaborado en el país de origen no es suficiente para valorar el riesgo respecto a la salud física y mental del menor.

Cuando la familia preadoptiva así lo decida, una buena manera de aproximarse al conocimiento real de la salud del menor a adoptar, y con ello minimizar el riesgo, es realizar una consulta médica preadoptiva en la que se les informe sobre los datos de interés médico y sociosanitario que pueden obtener del menor asignado, y las condiciones que debe cumplir el material iconográfico que pueden realizar durante su visita al orfanato, para poder

valorar con mayor garantía su desarrollo físico, neurosensorial y madurativo.

Medidas sanitarias preventivas para el viaje. En la actualidad, para viajes y estancias en ciudades de la Federación Rusa y países de Europa del Este, es suficiente con informar sobre consejos y normas sanitarias generales para viajeros internacionales y que no hay ningún requisito de vacunación.

De cualquier forma, se debe aconsejar que los adultos deben estar correctamente inmunizados contra la difteria, tétanos, polio, sarampión, rubéola, parotiditis y hepatitis B, y que las vacunas contra la gripe, hepatitis A y varicela son recomendables.

Si se viaja con niños mayores de 18 meses y están correctamente vacunados según

el calendario de inmunizaciones recomendado por la Asociación Española de Pediatría no es necesaria la administración de otras vacunas.

Las autoridades rusas, hasta el día del Juicio pueden retirar la asignación del menor por razones tales como por la reclamación de la familia rusa o la adopción por una pareja rusa, etc. La familia adoptante española también puede hacer renuncia antes del juicio, si aparecen datos médicos que desaconsejen la adopción.

China y sudeste de asia. China y los países de sudeste de Asia son la primera área geográfica en frecuencia de los niños adoptados en el extranjero por familias españolas. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el total de niños adoptados en estos países durante el período 1997-2004 ha sido de 6.882, lo que supone el 28,6 % del total de los niños procedentes de adopción internacional. China, con 6.837 niños, es el principal país de procedencia, representando un 24 % del total de adopciones.

Contexto sociopolítico causal / Problemas de salud. La información médica que procede de China suele limitarse a la detección de ciertas enfermedades transmisibles y defectos físicos o mentales graves, y a veces puede estar adulterada.

Las niñas y niños ingresados en sus orfanatos pueden tener además algunos factores de riesgo asociados a los motivos de adopción.

Hay que tener presente que, en China, las niñas son abandonadas por razones económicas y a causa de la "política de un solo hijo" que graba económicamente las fa-



» familias múltiples. Casi todos los niños abandonados son de sexo femenino, y habitualmente son encontradas en hospitales o a las puertas de los propios orfanatos u otros edificios públicos para asegurar que reciban cuidados inmediatos. Los diagnósticos más frecuentes son los relacionados con déficits nutricionales (malnutrición, talla baja, anemia/ferropenia...) y parasitosis intestinales

Información médica.

Los informes actuales suelen ser bastante estructurados, incluyen una fotografía de la niña (casi anecdóticamente puede tratarse de un niño), un relato detallado de cómo fue encontrada, el patrón de comida y sueño, un perfil de personalidad y algunos rasgos de su desarrollo psicomotor bastante genéricos. Resulta curioso observar, que los pocos datos de desarrollo psicomotor y las pautas de introducción de alimentos, se repiten en distintas niñas procedentes de un mismo orfanato. La información médica se limita a un conjunto de estudios de laboratorio (cuyo original generalmente se acompaña): hemograma, test de hepatitis B, HIV y sífilis. Los grafismos chinos para "positivo" o "negativo" son fácilmente identificables y trasladables al castellano por personal experimentado. Suele existir una versión del informe en inglés. Otra cuestión es la veracidad de los datos médicos y la fiabilidad de los laboratorios locales que realizan la prueba. A menudo constan datos antropométricos (peso, talla y perímetro cefálico) en el momento del examen inicial que se realiza a los pocos meses de ser institucionalizado. Las fotos suelen ser relativamente recientes, y muestran a la niña sentada en una silla o situada en un tacatá. Resulta

muy difícil encontrar alguna referencia a enfermedades previas, tratamientos recibidos o estudios médicos realizados durante la permanencia en el orfanato. Los pocos varones que llegan en adopción suelen tener algún problema de salud, no necesariamente grave. En los últimos tiempos, comprobamos que algunas de estas niñas empiezan a ser acogidas por familias (muchas veces de los propios funcionarios del orfanato), a las que el gobierno ofrece ayudas económicas para hacer frente a los gastos de manutención de los menores hasta finalizar el proceso adoptivo.

Vacunaciones: El calendario vacunal puede venir reflejado en una pequeña cartilla o en un folio. Es frecuente observar que las anotaciones han sido realizadas por una misma persona, repitiendo el mismo número de día del mes (p. ej. el 2 de cada mes) y con la misma tonalidad de tinta, lo que unido a los problemas derivados de la conservación de la cadena de frío, hacen ser considerados datos poco fiables. ■

Próximo número: Preparación del viaje y primer encuentro

CORA FEDERACIÓN OFICIAL

Con Fecha de 17 de Octubre de 2005, CORA ha quedado registrada en el registro de Asociaciones del Ministerio del Interior, como Federación de Asociaciones, con el mismo nombre "CORA. Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento". CORA ha quedado inscrita en el Grupo 1 /Sección 2/ Número Nacional 50730. Este paso, implica la formalización de figura jurídica, que respalde la actividad que se ha venido desarrollando desde la constitución de Cora en Octubre de 2000, como un paso adelante en la defensa de las familias adoptivas y acogedoras.

AFAAN

Diferencias de edad

La **Asociación de Familias Adoptantes de Andalucía**, opina sobre la diferencia de edad en **adopción**

www.afaan.org

Nuestra posición es la "defensa de la adopción" como protección del menor, pero que ello no sirva para que otro de los integrantes de este proceso, los padres o futuros padres, queden totalmente desasistidos de derechos por acciones arbitrarias o una mala interpretación de las leyes.

La primera base para esto, es el propio Código Civil español, en el que determina una diferencia mínima de 15 años entre el adoptante y adoptado. La diferencia máxima entre adoptante y adoptado es cuando se inicia la polémica.

La diferencia. Muchas Comunidades Autónomas lo tienen regulado como una diferencia máxima de 40 años entre el adoptante y el adoptado. El cómputo de esta diferencia varía desde el establecimiento de la misma con el adoptante menor de la pareja, o se computa como la media entre los dos adoptantes de la pareja.

La dificultad estriba en determinar cuáles son las condiciones mínimas, y por el tema que nos trata, establecer la di-

ferencia máxima con carácter general entre el adoptante y el adoptado.

Nos podemos encontrar personas que creen sentirse capaces a los 60 y 70 años para la crianza y educación de un recién nacido.

Pero el sentido común nos indica que los deseos de paternidad, unidos a la salud, capacidad educativa y recursos económicos sociales no son suficientes para una mínima expectativa de estabilidad de un menor, y más cuando este ronda entre los pocos meses y pocos años de vida.

Por un lado tendremos que ver la expectativa de vida actual y la calidad de vida que disfrutan los adoptantes, así como las fuerzas que tengan para mantener el ritmo educativo de un menor y suplir sus necesidades. Sin contar con la merma de capacidades del mismo, la lógica nos indica que al menos deberá de haber una mínima esperanza de vida de los adoptantes para la consecución de la mayoría de edad del menor. Acompañado a este primer criterio que es la "esperanza de vida" del adoptante, es importante el tema de salud. ■■

