

Sumario

SEPTIEMBRE 2004

- 2 Revista de prensa
- 3 Editorial
- 4 Reportaje adopción internacional
- 8 Entrevista a Gonzalo Oliván
- 11 Protocolo (Actuación en caso de pinchazo accidental)
- 18 Cooperación internacional e infancia
- 20 Pediatría de primaria. Un alto en el camino
- 21 Maltrato institucional
- 23 XVII Congreso Nacional de Pediatría Social
- 24 Sugerencias y recomendaciones



CARACTERÍSTICAS DE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL EN ESPAÑA: TENDENCIAS EN EL ÁMBITO PROFESIONAL

—¿Cuáles son las causas del aumento de la adopción internacional en España?

—Son múltiples e interrelacionadas. En primer lugar, se observa un incremento del número de parejas infértiles debido a la demora en la edad de matrimonio y la búsqueda del primer hijo. En segundo, por diversos motivos sociales, culturales y económicos, ha disminuido drásticamente el número de niños nacionales "sanos" para adoptar. En tercer lugar, la sociedad en su conjunto ha asumido la cultura de la adopción como otro medio normal de constituir una familia, produciéndose, además, un aumento de las adopciones altruistas y de la aceptación de las familias monoparentales y multirraciales. En cuarto, los adoptantes observan que los trámites para adoptar en el extranjero son, en general, más fáciles, los tiempos de espera más cortos, la posibilidad de adoptar un niño "sano" y menor de tres años muy alta, y el riesgo legal postadopción por parte de los padres biológicos prácticamente inexistente. A todo ello hay que añadir las mejores y más estables relaciones diplomáticas con los países de origen, la facilidad para viajar, el mayor poder adquisitivo, los esfuerzos de las instituciones competentes en su apoyo, y las ayudas fiscales gubernamentales.

—¿Existe alguna similitud entre las personas que deciden adoptar niños en otros países?

—Aunque la adopción internacional es solicitada y llevada a término por todo tipo de ciudadanos, sin exclusión, sí que se observa que el perfil de los que adoptan en el

extranjero (85% parejas, el resto mujeres monoparentales), es bastante semejante. Casi el 80% son personas entre 35-45 años, con un nivel educativo, profesional y de ingresos económicos medio o alto, con trabajo estable y vivienda propia, que solicitan adoptar sólo un niño menor de tres años. Todos solicitan que esté sano o presente problemas de salud recuperables a corto o medio plazo.

—¿Existen cifras respecto al número de menores en este tipo de adopciones? ¿Hay más demanda de niños o de niñas?

—El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales recopila los valores absolutos y las distribuciones porcentuales por continente y país de origen. El total de niños adoptados en el período 1997-2002 ha sido de 14.550 y procedían de 41 países, aunque siete de ellos suponen el 75% del total y se tratan de China (23,4%), Federación Rusa (15,5%), Colombia (13,8%), Rumania (9,3%), Ucrania (7,2%) e India (5,5%). No existe predilección sobre el género del menor a adoptar. Lo que ocurre es que en algunos de los principales países de origen, como China e India (así como en países del Sudeste Asiático y África septentrional), las niñas sufren una fuerte discriminación y se encuentran en mayor riesgo al abandono. La elección de adoptar en China prácticamente implica la elección del sexo, ya que el 99% de los menores adoptables son niñas. Si se elige la India, la posibilidad de que sea niña es del 90%.

- La televisión, radio y prensa escrita han difundido reportajes impac-

tantes y sensibilizantes describiendo la vida de los niños en los orfanatos, han entrevistado a expertos en la materia explicando pormenorizadamente los mecanismos y ventajas de adoptar en el extranjero, han mostrado a personajes públicos y familias que han finalizado satisfactoriamente el proceso de adopción, han publicado biografías de la adopción realizada por profesionales de prestigio, etc. En resumen, los diferentes medios de comunicación han divulgado y siguen divulgando ampliamente la "disponibilidad" de niños de otros países para la adopción y "lo bien que funciona" el sistema. Hay que añadir Internet, como una gran herramienta para comunicarse y obtener información sobre todos los aspectos relacionados con la adopción internacional. Finalmente, y tal vez el más importante, el "boca a boca" entre las personas que han adoptado y los que están interesados en adoptar en el extranjero.

—¿Cómo incide el factor precio en el mantenimiento y promoción de este tipo de adopciones? ¿Se podría hablar de comercio o mercado?

—El desproporcionado aumento de solicitudes de adopción de niños procedentes de países en desarrollo puede entenderse como un fracaso de la solidaridad social internacional. Por impopular que resulte hacer advertencias en este sentido, no puede afirmarse que la adopción internacional en el mundo se esté ordenando según las necesidades de los niños. Si no se limita el número de adopciones internacionales, predomina un circuito,

económicamente dependiente, de entidades de adopción que mantienen las instituciones que "suministran" niños para los "clientes" y que también hace que los países en desarrollo sean acusados de "exportar y tener un mercado de niños". En lugar de crear un "mercado", en el que los niños "en dificultad social" son trasladados de cultura y continente, los países ricos deberían invertir una parte de sus recursos financieros y técnicos para apoyar y favorecer el desarrollo de servicios sociosanitarios y de protección a la infancia en aquellos países que carecen de estos servicios básicos.

—¿Qué patologías presentan mayoritariamente estos niños adoptados?

—La mayoría presentan retrasos y trastornos leves o moderados del desarrollo madurativo psicomotor y del lenguaje, retraso del crecimiento, trastornos nutricionales deficitarios, enfermedades dermatológicas, trastornos dentales y enfermedades infectoparasitarias, entre las que destacan las parasitosis intestinales y la infección tuberculosa latente. Estos problemas de salud, habitualmente, se han solucionado o recuperado tras el primer año de convivencia con la familia adoptiva. Sin embargo, hay que tener presente que alrededor de un 10% presenta serios problemas de salud física o mental, en muchas ocasiones no detectados, reconocidos o sospechados antes de la adopción. Destacan el síndrome alcohólico fetal, trastornos globales y severos del desarrollo madurativo, trastornos emocionales y psicopatológicos, problemas de visión y audición, anomalías congénitas prenatales, endocrinopatías, hemoglobiopatías, e infecciones por los virus de la hepatitis B o C.

—¿Cuáles son las causas de estas patologías?

—Están originadas principalmente por la existencia de tres factores de riesgo. Primero, por el hecho de vivir institucionalizados en unos entornos y ambientes inapropiados en los que reciben unos cuidados caracterizados por una privación

nutricional, afectiva y psicosocial, y por una atención médica preventiva y curativa ausente, limitada o no especializada. Segundo, por las secuelas físicas y psicológicas producidas por los diversos motivos que condujeron a la institucionalización (abandono en edad temprana, negligencia crónica en todas las áreas, maltrato físico, sexual y/o emocional, explotación, etc.). Y en tercer lugar, por las secuelas físicas y neurosensoriales producidas por factores previos a la institucionalización, entre los que sobresalen el antecedente de maltrato prenatal (ausencia de cuidados prenatales, infecciones de transmisión vertical, consumo de drogas, alcohol y/o tabaco, etc.), el hecho frecuente de nacer prematuro, de bajo peso y/o sin atención médica, el ausente o inadecuado cuidado médico preventivo y/o terapéutico de las enfermedades, la existencia de enfermedades infecciosas endémicas y problemas de salud ambiental del país de origen, y los problemas de salud heredados monogénicamente en determinadas razas o etnias.

—Aunque no tenga nada que ver ¿Se puede tener una percepción social que relacione a niños adoptados con niños inmigrantes incluyéndolos en la misma categoría?

—Considero que no se debería incluir en la misma categoría a los niños inmigrantes con los adoptados en el extranjero. Ni desde la percepción social ni desde la sanitaria. A diferencia de los niños procedentes de adopción internacional, los inmigrantes procedentes de países en desarrollo se han socializado de forma normalizada, vienen con su familia biológica (manteniendo el idioma, cultura y costumbres), y migran fundamentalmente por motivos económicos o políticos que afectan a sus padres e indirectamente a ellos. Los niños inmigrantes, al igual que los adoptados en el extranjero, por el hecho de proceder de países en desarrollo pueden presentar problemas de salud por la existencia de enfermedades infecciosas endémicas, pro-

blemas de salud ambiental, e inadecuado cuidado médico preventivo y/o terapéutico de sus enfermedades. Sin embargo, los inmigrantes no van a presentar problemas de salud físicos o mentales relacionados con los factores de riesgo previos y causantes de una institucionalización y, desde luego, ningún problema relacionado con la experiencia de una institucionalización más o menos prolongada, ni las secuelas o los trastornos que pueden surgir en los niños postinstitucionalizados. Tampoco tendrán problemas de vinculación y adaptación a una nueva familia, como puede ocurrir en los adoptados. Todas estas características diferenciales entre un niño inmigrante y un adoptado en el extranjero, es lo que hace que éstos últimos sean considerados de mayor riesgo sociosanitario y que precisen de un control y seguimiento de tipo multidisciplinar y más duradero en el tiempo.

—¿El establecimiento de unos protocolos con respecto al niño adoptado internacionalmente, podría mejorar la atención sanitaria de estos pequeños?

—Sin ninguna duda. Estos protocolos para el estudio, control y seguimiento podrían tener una vertiente general para todo niño adoptado internacionalmente, y una específica según el país de origen y edad en el momento de la adopción. Pero tan importe o más, sería el establecimiento de un protocolo pediátrico, homologado por países mediante los correspondientes acuerdos bilaterales, con el objetivo de que todos los niños llegaran con unos informes médicos y unos exámenes complementarios exhaustivos y fiables que garantizaran su estado real de salud. Con ello, en la fase de asignación preadoptiva, se evitarían situaciones de angustia de los adoptantes y muchos trámites de ampliación de información sociosanitaria. Tras su llegada, se evitaría tener que repetir todos los exámenes complementarios y la sorpresa de diagnósticos de problemas serios de salud insospechados.

–¿Qué papel debe jugar el pediatra? ¿Cuál debería ser el posicionamiento más coherente respecto al niño adoptado internacionalmente?

–El pediatra puede jugar un papel y tomar posicionamiento durante todo el proceso de una adopción internacional. Durante la fase preadoptiva, debería asesorar a los futuros padres sobre los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan, habilidades para la correcta crianza y supervisión, conocimientos del desarrollo madurativo, aspectos sanitarios, epidemiológicos y de inmunización para viajes internacionales, etc. Durante la fase de asignación, debería asesorar sobre los datos y antecedentes sociosanitarios de interés que se deben obtener del menor, explicar el estado de salud sobre la base de los informes médicos aportados desde el país de origen, y corroborar, a través de diferentes mecanismos, que el estado de salud física y mental es acorde con el que se dictamina en dichos informes. La adopción es un medio de protección en el que debe primar el interés superior del niño, pero sabemos que los informes médicos elaborados en los países de origen pueden ser erróneos, estar incompletos, adulterados u ocultar datos. La mayoría de los padres adoptantes asumen que su futuro hijo llegue con problemas de salud física o mental recuperables a corto o medio plazo, pero son muy pocos, por no decir ninguno, los que se preparan y asumen la adopción de un niño con una enfermedad crónica irreversible o discapacitante, especialmente si es de tipo neurosensorial. La llegada de un menor con un trastorno de salud física o mental grave a una familia que no aceptó en su solicitud la existencia de dichos trastornos y que, además, no está preparada para ello, lo que va a provocar muy probablemente son traumas emocionales, detrimentos económicos, situaciones de inadaptación y, posiblemente, un fracaso en la adopción. Durante la fase postadopción, además de evaluar el estado de salud a su llegada, el

pediatra debería liderar el equipo multidisciplinar de seguimiento para realizar una atención sociosanitaria integral y duradera.

–¿Es necesaria una formación para atender adecuadamente a las familias que adoptan en el extranjero y a los niños adoptados internacionalmente? ¿Cómo se debería adquirir esta formación? ¿Qué perfil curricular tendría?

–Considero que es necesario poseer una formación específica y una sensibilidad especial para atender adecuada y correctamente todas las necesidades de una familia durante las fases preadoptiva y de asignación de su futuro hijo, así como para atender al niño adoptado internacionalmente. Los pediatras que han adquirido experiencia en adopción internacional se han autoformado por pura necesidad asistencial, al percatarse de las peculiaridades sociosanitarias específicas que rodean el tema. Por lo general, se tratan de profesionales con un amplio bagaje en pediatría social de ámbito nacional (especialmente en las áreas de protección de menores, acogimiento, adopción, e inmigración) y/o infectoparasitología. La formación de nuevos pediatras se podría adquirir a través de contactos profesionales con los ya experimentados. Respecto al perfil curricular, desde el punto de vista general, es necesario adquirir conocimientos básicos sobre la psicología del adulto involucrado en una adopción internacional, el proceso para adoptar en el extranjero y las características según país, y tocante a los diferentes países de origen, sobre la problemática social, epidemiología y cambios de tendencias epidemiológicas de los problemas de salud, características de los sistemas de protección a la infancia y funcionamiento de sus instituciones, características del sistema sanitario, terminología utilizada en los informes médicos, etc. Desde el punto de vista curricular médico, además de una buena base de pediatría general y social, es necesario adquirir experiencia sobre el maltrato prenatal y sus consecuen-

cias, secuelas del maltrato y negligencia cronicada, patología del niño institucionalizado y del adoptado postinstitucionalizado, así como profundizar en ciertas áreas como dismorfología, infectoparasitología, dermatología, neurodesarrollo, crecimiento y nutrición, etc. Adquirir esta formación no es fácil. Además, no basta con prepararse curricularmente si luego no se tiene la posibilidad de practicarlo todos los días.

–¿Cómo lo ven los pediatras? ¿Qué posiciones se observan entre los profesionales y cuál es la tendencia?

–A finales de los 90, cuando los adoptados en el extranjero eran pocos y dispersos en la geografía española, fueron muchos los niños a los que no se les realizó estudio y seguimiento alguno debido a que los pediatras extrahospitalarios desconocían cómo atenderlos adecuadamente y en el ámbito hospitalario no existían servicios especializados. En los últimos cuatro años, con el incremento exponencial de la adopción internacional y la aparición de las primeras publicaciones pediátricas informando sobre el tema en nuestro país, la mayoría de los pediatras extrahospitalarios ven ya a estos niños como un "grupo de riesgo sociosanitario", aunque este riesgo pueda ser temporal, y en el ámbito hospitalario surgen las primeras unidades especializadas en su estudio. No obstante, quedan asignaturas pendientes. Hoy día, son escasos los pediatras con experiencia que dedican todo o buena parte de su tiempo al estudio, control y seguimiento de estos niños. Además, en el sistema público, debido a problemas administrativos y a la presión asistencial, no pueden realizar o dedicar el tiempo necesario para un correcto asesoramiento a las familias durante las fases preadoptiva y de asignación. Tampoco suelen estar incorporados en los equipos multidisciplinarios, creados por las instituciones gubernamentales competentes en la materia, que informan y preparan a las familias adoptivas y que realizan el seguimiento postadoptivo del menor.