

Propuestas de actuación en materia de adopción (Abril - 2004)

A. A. A.

ADOFAM



AFAAN



AFAAR



AFAC



AFADA



AFAMUNDI



AGAI



AIBA



AMADA



ANSAMN



ARFA



ATLAS



DAGA



IMA

SEDA



UME ALAIA



Tel: 91 6017231 / 667.77.34.98

Fax : 91 6839015

c-electrónico: correo@coraenlared.org

Contenido

<u>PROPUESTAS DE LA COORDINADORA EN MATERIA DE ADOPCIÓN</u>	3
<i><u>I - PROPUESTAS DE MODIFICACIONES LEGISLATIVAS DE ÁMBITO GENERAL Y ESTATAL</u></i>	3
<i><u>II - PROPUESTAS DE MODIFICACIONES LEGISLATIVAS Y ADMINISTRATIVAS DE ÁMBITO AUTONÓMICO</u></i>	4
ANEXO 1. ASOCIACIONES INTEGRANTES DE CORA	6
ANEXO 2. <i>CÓDIGO DEONTOLÓGICO PARA LA ADOPCIÓN Y EL ACOGIMIENTO</i>	9
ANEXO 3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL SENADO	10
<i><u>VI.- CONCLUSIONES DE LA COMISIÓN SOBRE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL</u></i>	10
<i><u>1.- CONCLUSIONES ACERCA DE LA INFORMACIÓN QUE SE APORTA A LOS SOLICITANTES DE ADOPCIÓN</u></i>	10
<i><u>2.- CONCLUSIONES SOBRE LA TRAMITACIÓN Y EXPEDICIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE IDONEIDAD</u></i>	11
<i><u>3.- CONCLUSIONES EN RELACIÓN A LAS ENTIDADES COLABORADORAS DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL (ECAI)</u></i>	12
<i><u>4.- CONCLUSIONES EN RELACIÓN CON LAS ACTUACIONES EN LOS PAÍSES DE ORIGEN DE LOS MENORES</u></i>	12
<i><u>VII.- RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN SOBRE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL</u></i>	13
<i><u>1.- EN EL ÁMBITO NORMATIVO</u></i>	13
<i><u>2.- EN EL ÁMBITO DE LAS ADMINISTRACIONES COMPETENTES</u></i>	14
<i><u>3.- EN RELACIÓN CON LAS ENTIDADES COLABORADORAS DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL (ECAI)</u></i>	15
ANEXO 4. SERVICIO MULTI-DISCIPLINAR DE POST-ADOPCIÓN GRATUITO PARA LOS NIÑOS Y SUS FAMILIAS (REFERENCIAS)	17
ANEXO 5. PROTOCOLO PEDIÁTRICO ESPECÍFICO	18

PROPUESTAS DE LA COORDINADORA EN MATERIA DE ADOPCIÓN

Las asociaciones de padres adoptantes españolas, integradas en la CORA: [Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento](#), nos mostramos satisfechas por los trabajos que se han prolongado durante más de año y medio en el Senado, en la Comisión de Adopción Internacional, en la que hemos intervenido asociaciones de padres, entidades de mediación, administraciones, técnicos y diversos profesionales que han aportado sus puntos de vista, dejando de manifiesto la complejidad del proceso de adopción internacional y las muchas mejoras necesarias que el Gobierno, Administraciones y responsables deben afrontar.

Confiamos en que las graves carencias planteadas sean tenidas en cuenta por el Gobierno y las autoridades competentes impulsando las reformas necesarias y el apoyo a las familias que las Asociaciones llevamos años demandando, como ha quedado patente en las conclusiones definitivas elaboradas por dicha Comisión de Adopción Internacional.

En [CORA](#), hemos aprobado un Código Deontológico para la Adopción y el Acogimiento que promueve las conductas éticas a seguir por todos los agentes involucrados en un proceso de adopción, y que proponemos que sean asumidas y seguidas por todos ellos (Anexo 2).

I - Propuestas de modificaciones Legislativas de ámbito general y estatal

1. Ley básica o de armonización estatal
 - a. Homogeneización del proceso en todo el territorio del Estado, teniendo como referencia la Comunidad Autónoma que mejor funcione en cada uno de los aspectos del proceso (recomendación de la Comisión en el ámbito normativo, punto 1.1).
 - b. Simplificación y agilización de los trámites (recomendación de la Comisión en el ámbito de las administraciones competentes, punto 2.6).
 - c. Coste cero de la tramitación y de las revisiones necesarias en todo el Estado.
 - d. Plazo máximo de 6 meses para el Certificado de Idoneidad
 - e. Requisitos unificados para CI y sus revisiones (recomendación de la Comisión en el ámbito de las administraciones competentes, puntos 2.1 y 2.2).
 - f. Eliminación del criterio de edad máxima para certificación de idoneidad (recomendación de la Comisión en el ámbito de las administraciones competentes, punto 2.4).
 - g. Posibilidad de recurso ante la declaración negativa de idoneidad, sus revisiones, o preasignación, antes de su emisión definitiva del CI, con posibilidad de solicitar

segunda valoración por diferentes profesionales, para evitar la necesidad de acudir al Contencioso-Administrativo.

- h. Exigencia del cumplimiento estricto de todos los aspectos de la Ley de Procedimiento Administrativo en la tramitación de los expedientes (recomendación de la Comisión en el ámbito normativo, punto 1.5).
2. Creación de un Organismo estatal de coordinación (recomendación de la Comisión en el ámbito normativo, punto 1.3): Queda de manifiesto la necesidad de un **Consejo Consultivo en Adopción Internacional** en el que participen las Administraciones competentes, asociaciones de padres adoptantes y de hijos adoptados, y profesionales
3. Apoyo eficaz a las familias por parte de la administración, Autonómica, Estatal y Diplomática en los países de origen de los menores (recomendación de la Comisión en el ámbito de las administraciones competentes, puntos 2.9 y 2.12): Respecto al **país de origen** de los menores se hace necesario el apoyo del Servicio Exterior español ante las Administraciones de los países de forma que no se encuentren desamparadas las familias cuando surgen problemas fuera de nuestras fronteras.
4. Subvenciones y desgravaciones fiscales específicas para la Adopción y el Acogimiento (recomendación de la Comisión en el ámbito de las administraciones competentes, punto 2.7): Se reconoce la necesidad de establecer **medidas económicas y fiscales** en apoyo a los solicitantes de adopción.
5. Respeto a los derechos de los adoptantes.

II - Propuestas de modificaciones Legislativas y Administrativas de ámbito Autonómico

A) Administración autonómica

1. Cumplimiento de la Ley básica o de armonización estatal comentada anteriormente en el apartado I.1.
2. Información por escrito de forma completa y pormenorizada durante todo el proceso (recomendación de la Comisión en el ámbito normativo, punto 1.5 y en el ámbito de las administraciones competentes, punto 2.3)
3. Certificado de adoptabilidad de los menores (en relación con las ECAI, punto 3.7).

B) Funcionamiento de las ECAI : El control y regulación de ECAI (Entidades colaboradoras en Adopción Internacional) ha sido una constante durante los trabajos realizados por el Senado siendo necesario el establecimiento de normas de calidad y establecimiento de un contrato básico de prestación de servicios (recomendación de la Comisión en relación con las ECAI, todo el punto 3).

1. Uniformidad contratos / costes de ECAI,
2. Establecimiento de los baremos de calidad de las ECAI.

C) Profesionales y atención especializada

1. Mayor intervención de las familias por medio del Consejo de Familia y representantes de las mismas en los comités de valoración de Idoneidad de las CCAA coordinación (recomendación de la Comisión en el ámbito normativo, punto 1.3).
2. Especialización de todos los profesionales implicados en el proceso.
3. Protocolos pediátricos específicos en función del origen y edades de los menores (recomendación de la Comisión en el ámbito de las administraciones competentes, punto 2.10).
4. Asistencia post-adoptiva especializada y gratuita para los niños y sus familias (recomendación de la Comisión en el ámbito de las administraciones competentes, punto 2.8).


ANEXO 1

Asociaciones Integrantes de CORA

Asociaciones Integrantes de CORA www.coraenlared.org email : correo@coraenlared.org	
A. A. A.	Asociación de Ayuda al Adoptado c/Vidiella 18,bajos 08026 Barcelona. Telf.934550464-.626.61.96.92. E-mail: Carola11@terra.es
ADOFAM 	Adopció Família i Mon Av. Diagonal 365, 1º2ª, Barcelona 08037 Tel. 93 488 34 45 Fax: 93 487 73 87 Email.: adofam@federacioadopcio.org http://www.federacioadopcio.org/adofam/index.htm
AFAAN 	Asociación de familias adoptantes de Andalucía Avenida de los Teatinos, 2 semisótano B, 410013 (Sevilla) Tlf. 95 494 13 05, móvil, 660 193 255 email: afaan@telefonica.net WEB: http://www.afaan.com
AFAAR 	Asociación de familias adoptantes y de acogimiento de La Rioja calle Montesoria 12 I 26006 Logroño (La Rioja) email: afaar2001@yahoo.es http://www.geocities.com/afaar la rioja/
AFAC 	Asociación de familias adoptantes de la China C/ La Garrotxa, nº 30 08320 El Masnou (Barcelona). Tel.: 935558912 - 678 466101 Fax: 93 540 84 19 - correo@afac.net www.afac.net
AFADA 	Asociación de familias adoptantes de Aragón C/ Jerónimo Zuriza 3 - 2º Izqda 50001-Zaragoza. Tel.: 976 762444 - 976 224988 Fax: 976 761233 - email correo@afada.org Web: http://www.afada.org
AFAMUNDI 	Asociación de familias para la ayuda y adopción en el mundo Calvo Sotelo 6, 5º dcha., escalera A. 39002 Santander Teléfonos: 942-372579, 942-310810 (de 10 a 14 h) Fax: 942-364248 email; aalles@latinmail.com http://es.geocities.com/afamundi/afamundi.html
AGAI 	Asociación Gallega para la adopción internacional C/ Primo de Rivera 11.4º Izqda. A CORUÑA 15006 981.238.974 email ; msorianoac@nexo.es http://www.agai.net/

Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento

<p>AIBA</p> 	<p>Associació Illes Balears d'adopcions C/ Camí del Tramvía, 29, 2ºb, 07015 Gènova-Palma de Mallorca Teléfonos: 971400967, 656599955 fax :971 288166 Email.: aiba_2000@hotmail.com Web ; http://aiba.homeip.net/</p>
<p>AMADA</p> 	<p>Asociación castellano-manchega de adopción y acogimiento preadoptivo CASTILO N° 27 1º A 13610 CAMPO DE CRIPTANA (CIUDAD REAL) Alcázar de San Juan Centro Social santa Maria, C/ Mosaicos S/N Alcazar de San Juan- Ciudad Real. rarivas@cocriptana.es</p>
<p>ANSAMN</p> 	<p>Asociación de familias adoptantes en Haití Plaza Mondariz 10 28029 Madrid Telf: 656 47 28 57 / 655 46 55 49 Web: www.ansanm.com E-Mail: haiti@pasaportal.com</p>
<p>ARFA</p> 	<p>Asociación Regional de familias adoptantes de Castilla y León c/ López Gómez 22 1º izquierda. 47002 Valladolid. Tfno 983 298963 email : arfacyl@21h.com web: www.arfacyl.org</p>
<p>ATLAS</p> 	<p>Asociación Atlas en defensa de la adopción C/ Álvaro de Bazán, 12 despacho 17, Getafe, 28901 Madrid. Tlf. 667 77 3498, 91 601 7231, fax. 91 6839015 e-mail Atlas@aloja.com ; asatlas@asatlas.org web : http://www.asatlas.org/ Alcalá de Henares: apdo correos 2004 tlf 91 8884380 email: infoatlas@aloja.com ; manu@asatlas.org</p>
<p>DAGA</p> 	<p>Defensa Amparo y Garantías en la adopción y acogimiento de menores c/Alcalde López Casero, 14 28027 Madrid asoc-daga@eresmas.net</p>
<p>IMA</p>	<p>Amics del infants del Marroc Avda. Diagonal 365, 1º, 2ª Barcelona 08037 tel.: 93 488 34 45 (Federació d'associacions per a l'adopció) e-mail: ima@federacioadopcio.org http://www.amicsinfantsmarroc.org</p>
<p>SEDA</p> 	<p>Sociedad Española para el desarrollo de la adopción c/ Josué Lillo, 20, 3º A 28053-Madrid Tel. 91-477 39 51 email sedaadopcion@jazzfree.com</p>

<p>UME ALAIA</p> 	<p>Asociación de Ayuda a la Adopción en el País Vasco Apartado Correos 12, 48100 MUNGIA - BIZKAIA Tf: 94-615.65.25 Fax: 94-415.86.69 Móvil: 656 797 063 umealaja@euskalnet.net GUIPÚZCOA Móvil: 655 726 911 , E-mail: umealaiagi@eresmas.com http://umealaja.galeon.com/index.html</p>
--	---

ANEXO 2
CÓDIGO DEONTOLÓGICO PARA LA ADOPCIÓN Y EL ACOGIMIENTO
Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento

A considerar por: las autoridades responsables en materia de adopción de los países de origen y países adoptantes (gobernantes y legisladores que firman acuerdos, elaboran leyes y eligen a las autoridades responsables en materia de adopción), por las Agencias o Entidades Colaboradoras (ECAI's), por las autoridades judiciales que intervienen en la declaración de abandono y adoptabilidad de los menores, y por los responsables de la acreditación y control de las Entidades Colaboradoras (ECAI's).

Sin olvidar a los medios de comunicación, los políticos, las familias adoptantes o acogedoras, las asociaciones de familias o de protección a la infancia, el voluntariado social, y, sobre todo, a los profesionales y responsables de instituciones públicas o privadas, que de forma directa o indirecta trabajan en relación con los acogimientos y adopciones, estableciendo los requisitos a cumplir, elaborando informes psicosociales, declaraciones de idoneidad, asignación de menores y todos los documentos que acompañan estos trámites, y a sus colegios profesionales.

- 1) **Prevención y justicia social** para evitar, al máximo, cualquier situación de riesgo en los menores, teniendo siempre en cuenta el derecho de todo menor a tener una familia.
- 2) **Eliminación** de sistemas de márketing para la búsqueda de familias adoptantes o acogedoras.
- 3) **Transparencia** en la definición de términos de todas las cuestiones legales, en la separación de funciones y responsabilidades, en las actuaciones, requisitos y declaraciones que intervienen en los procesos mencionados anteriormente.
- 4) **Información** por escrito, autenticada, clara y completa, en todas las fases del proceso, anterior a la toma de decisiones de cualquier parte implicada.
- 5) **Control:** establecimiento en cada país de un órgano superior de control y comunicación de todos los estamentos implicados, con mecanismos de acceso claros y accesibles a instancia de cualquiera de las partes interesadas.
- 6) **Discreción** y respeto a las historias personales previas, especialmente de los menores, de las que deberán estar informados los futuros adoptantes.
- 7) **Respeto al turno** de solicitantes en los procesos de asignación de menores, una vez cumplidos los requisitos pertinentes.
- 8) **Derecho** de los solicitantes para aceptar o no, sin presiones, menores con necesidades especiales o con información manipulada sobre su situación real física y psíquica.
- 9) **No discriminación** de los solicitantes por razones económicas, de formación cultural, edad, estado civil o de hecho, orientación sexual, etc.
- 10) **Celeridad y Eficacia:** dotar a los organismos responsables de los medios necesarios para la formación y profesionalización de las partes, para agilizar al máximo las distintas fases de los procesos mencionados y para lograr un correcto cumplimiento de los puntos anteriores.

ANEXO 3

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL SENADO.

Aprobado por Unanimidad en Pleno de 10 Diciembre de 2003

VI.- CONCLUSIONES DE LA COMISIÓN SOBRE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL, A LA VISTA DE LAS SESIONES CELEBRADAS CON LA COMPARECENCIA DE AUTORIDADES Y EXPERTOS.

La Comisión designó una Ponencia para redactar su Informe, formada por los siguientes miembros de la misma:

- Excma. Sra. D^a M^a Belén Fernández-Delgado y Cerdá, Presidenta de la Comisión.
- Excma. Sra. D^a Cristina Agudo Cadarso, Vicepresidenta 2^a de la Comisión.
- Excma. Sra. D^a M^a Cruz Rodríguez Saldaña, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular.
- Excmo. Sr. D. Ángel Díaz Sol, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.
- Excmo. Sr. D. Salvador Capdevila i Bas, Portavoz del Grupo Parlamentario Convergència i Unió.
- Excmo. Sr. D. Carles Josep Bonet i Revés, Portavoz del Grupo Parlamentario Entesa Catalana de Progrés.
- Excma. Sra. D^a Inmaculada Loroño Ormaechea, Portavoz del Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos.
- Excma. Sra. D^a Claudina Morales Rodríguez, Portavoz del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria.
- Excma. Sra. D^a Inmaculada de Boneta y Piedra, Portavoz del Grupo Parlamentario Mixto (que cesó en el mandato parlamentario en el mes de noviembre de 2003, poco antes de terminarse los trabajos de la Comisión).
- Excma. Sra. D^a Remedios Gámez Mata, del Grupo Parlamentario Popular.

La Ponencia, estudió detenidamente las opiniones e informaciones aportadas a la Comisión en el curso de las comparecencias de autoridades y expertos que han tenido lugar ante la misma. De este estudio derivan las Conclusiones y Recomendaciones que se contienen en el presente informe.

Dada la complejidad del proceso de adopción internacional y la intervención en el mismo de diversos actores, es pertinente, para la adecuada exposición de las Conclusiones extraídas por la Comisión a lo largo de sus trabajos, seguir un criterio cronológico en relación con el propio proceso de adopción internacional, a fin de formular después, en el epígrafe siguiente, las correspondientes Recomendaciones.

1.- Conclusiones acerca de la información que se aporta a los solicitantes de adopción internacional.

En cuanto a la información que reciben los Padres Adoptantes en el proceso de adopción internacional, ha sido constante la estimación por parte de los intervinientes en el sentido de que ésta era escasa, en ocasiones contradictoria y en otras difería, en cuanto a calidad y cantidad, en función de quien la daba (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales o Comunidades Autónomas).

En este sentido, la propia Directora General de Acción Social, de la Familia y del Menor del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en su comparecencia estimó que era necesaria una mejora de la información proporcionada tanto por parte del Ministerio como de las Comunidades Autónomas.

La misma opinión sustentaban las Asociaciones de Padres que comparecieron, al estimar que la información que recibían las familias de las Comunidades Autónomas, era insuficiente, y que se limitaba a una información muy genérica sobre países y ECAI acreditadas en los mismos.

Igual percepción tienen los expertos que han comparecido ante la Comisión.

Se aprecian, incluso, discrepancias sobre la naturaleza de las funciones que, respectivamente, corresponden a las Comunidades Autónomas y a las ECAI. Según manifestó en su comparecencia la Federación de ECAI, la competencia que asume la Administración autonómica se centra en la expedición de los certificados de idoneidad, opinando que la mediación en el proceso de adopción internacional y el seguimiento postadopción son funciones delegadas por dicha Administración en la ECAI que intervenga. El mismo criterio de delegación de funciones de la Administración competente en las ECAI sostuvo la Directora General de Acción Social, del Menor y de la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, mientras que los padres adoptantes defendían que dichas funciones no son delegadas por la Administración, sino encargos de mediación en procesos de adopción internacional hechos a las ECAI por los solicitantes.

2.- Conclusiones sobre la tramitación y expedición de los certificados de idoneidad.

Se ha puesto de manifiesto, a través de las comparecencias de las diferentes Administraciones competentes, de los profesionales y, especialmente, de los padres adoptantes, que los procesos y efectos de la declaración o certificado de idoneidad son sensiblemente diferentes por Comunidades Autónomas.

En primer lugar, se destaca que la realización de los estudios psicosociales para la realización de dichos informes, según en que Comunidad Autónoma se resida, se puede obtener de muy diverso modo:

- a) a través de los servicios técnicos de la correspondiente Comunidad Autónoma.
- b) a través de profesionales, mediante abono de sus honorarios, o gratuitamente, por medio de los servicios técnicos de la Comunidad Autónoma, con sensibles diferencias, en este caso, en cuanto a sus plazos de obtención.
- c) sólo a través de profesionales, mediante abono de sus honorarios.

Estas diferencias, por razón del territorio, en la tramitación y obtención de los certificados de idoneidad se acentúan también en relación a sus efectos, plazos y costes.

Sobre los efectos no deseados que producen los certificados de idoneidad y los informes psicosociales que los acompañan destaca la reflexión que indicó la conveniencia de que en dichos informes se eliminen las razones o motivación de la familia para elegir un país concreto.

Una queja generalizada de las familias, ratificada en cierta forma por los expertos comparecientes, se centra en la forma de investigación y en el contenido de las entrevistas con psicólogos y trabajadores sociales para la realización de los informes. Se denuncia la sensación de ser sometido a un juicio sumarísimo o de experimentar una valoración de motivaciones y conductas, que origina un modelo de exclusión, no de ayuda. Se aprecia además una falta de especialización en el tema, y una duplicidad en la evaluación de los psicólogos y de los trabajadores sociales.

Se observa también la existencia de un gran debate social en el mundo de la adopción relacionado con la edad máxima de los adoptantes, puesto que las Comunidades Autónomas tienden a establecer límites de edad para la adopción de menores por personas de 40 años como máximo, cuando biológicamente se puede superar esa edad para ser padre o madre.

3.- Conclusiones en relación a las Entidades colaboradoras de adopción internacional (ECAI).

Ha sido unánime en todas las comparencias la constatación de la necesidad de regular, supervisar y controlar adecuadamente la actuación de las ECAI. De las exposiciones de los comparecientes se obtienen conclusiones comunes en este ámbito.

Es fundamental definir lo que se entiende por mediación en las actividades de las ECAI, así como aclarar las funciones de sus representantes en los países de origen, exigiendo su previa identificación.

También resulta necesario evitar que su actuación no se ajuste estrictamente a su carácter de instituciones sin ánimo de lucro, para lo cual su regulación debe ser más estricta, con establecimiento de procedimientos de control efectivo de sus costes, tarifas y actividades, tanto en España como en los países de origen de los menores.

Ha sido frecuente la apreciación de la necesidad de establecer un contrato básico para la prestación de los servicios de las ECAI, en el que se establezca la responsabilidad de cada ECAI y la exigencia de suscripción de seguros para cubrir sus responsabilidades.

También se ha manifestado la necesidad de introducir normas de calidad y modelos de evaluación y criterios de seguimiento de la actividad de las ECAI por parte de las Administraciones competentes.

Por otra parte, la problemática que plantea la posibilidad de que una misma ECAI pueda estar acreditada en más de una Comunidad Autónoma, complica su control por parte de las Administraciones competentes dada la compartimentación de los controles. Ello no quiere decir que no puedan existir ECAI con representación en distintas Comunidades Autónomas, pero es evidente que hay que buscar una fórmula que evite situaciones como las que se están dando, en las que una ECAI es desacreditada en una autonomía pero puede seguir funcionando en otras, o que la indebida de este tipo de organización pueda generar situaciones de ineficacia de los controles. la problemática que plantea

4.- Conclusiones en relación con las actuaciones en los países de origen de los menores adoptados.

Se ha estimado necesario, en caso de incidencias en el extranjero, contar con el apoyo del Servicio Exterior español ante las Administraciones de los países de origen de los menores.

Una de las preocupaciones de los padres más repetidas es, sin duda, la ausencia de interlocutores directos en las Administraciones competentes ante las gestiones y problemas que surgen en el país de origen de los menores en el curso de los procedimientos de adopción internacional. Los solicitantes se ven en muchas ocasiones desamparados y desorientados.

Muchos de los comparecientes han coincidido en la necesidad de crear un órgano que asuma en el ámbito exterior y, por consiguiente, en relación a los trámites y procedimientos en los países de origen de los menores, funciones de apoyo y coordinación entre las Administraciones competentes, asistencia a los solicitantes de adopción internacional y apoyo y control de las actuaciones de las ECAI, incluyendo la adecuada supervisión de la actuación de sus representantes o corresponsales.

Parece necesario, por último, establecer un Consejo, en el que participen tanto las Administraciones públicas competentes, como las asociaciones de padres adoptantes y las ECAI, así como otras entidades especializadas en el ámbito de la adopción internacional y de la protección del menor para ser oídas en los temas que les afectan.

VII.- RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN SOBRE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL.

1.- En el ámbito normativo:

1.1.- Conveniencia de estudiar la revisión de la legislación estatal sobre adopción, examinando tanto los procedimientos de adopción internacional como los de adopción nacional, para adaptarla a las circunstancias actuales teniendo en cuenta las recomendaciones del presente informe.

1.2.- Impulso de la proyectada reforma del artículo 191 del vigente Reglamento del Registro Civil para eliminar, en las inscripciones de nacimiento de los menores adoptados por ciudadanos españoles por el procedimiento de adopción internacional, la exigencia de que conste en ellas la doble filiación, paterna y materna, cuando esta filiación no puede acreditarse plenamente conforme a las inscripciones registrales en los países de origen de los menores.

1.3.- Creación y regulación del Consejo Consultivo de Adopción Internacional como órgano de participación y colaboración con las Administraciones públicas competentes de todos los sectores sociales afectados (asociaciones de padres adoptantes, asociaciones de hijos adoptivos, entidades colaboradoras de adopción internacional y otras entidades de carácter social, educativo o científico relacionadas con el ámbito de protección del menor).

1.4.- Establecimiento de protocolos bilaterales de colaboración con los países de origen de los menores, en los casos en que se estime necesario, de forma que se concilie el interés superior de los menores, y el principio de subsidiariedad del proceso de adopción, con el derecho de los solicitantes a un procedimiento de adopción legal, transparente y con garantías.

1.5.- Adopción de las medidas legislativas necesarias para que el derecho a la información de los solicitantes de adopción internacional tenga efectividad a lo largo de la tramitación de todo el procedimiento, en concordancia con lo previsto en el artículo 35 de la vigente Ley 30/1992 de Bases del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

2.- En el ámbito de las Administraciones competentes:

2.1.- Revisión, por parte de las Administraciones competentes, de los actuales procedimientos de emisión de los informes previos, de carácter psicológico y socio-económico, necesarios para la obtención del certificado de idoneidad, de manera que se trate por igual a los solicitantes del mismo, tanto en lo que se refiere a su coste como a su plazo de emisión, con independencia de quién sea el organismo o entidad que los expida.

En dichos informes se deberá ante todo tener en cuenta las habilidades y potencialidades de los solicitantes para ser padres.

2.2.- Establecimiento por acuerdo de las Administraciones competentes de criterios generales para la concesión o denegación de la idoneidad a los solicitantes de adopción internacional. Dichos criterios generales deberán hacerse públicos.

En particular, convendría establecer, cuando ello sea posible, un único certificado de idoneidad de los solicitantes de adopción internacional, evitando así la repetición de trámites innecesarios.

2.3.- Mejora de los procedimientos de información y formación establecidos por las Administraciones competentes para los posibles solicitantes de adopción internacional, con el fin de que éstos tomen sus decisiones al respecto con pleno conocimiento de causa y madurez, evitando así en lo posible situaciones posteriores de inadaptación o fracaso en la adopción.

En particular, la información aportada por las Administraciones competentes debe tender a alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Informar sobre el procedimiento de adopción internacional.
- b) Informar sobre la tramitación, requisitos y formalidades exigibles en el país de origen de los menores, así como sobre la legislación aplicable en ellos.
- c) Informar acerca de las funciones a desarrollar por las ECAI, sus costes y la justificación de éstos, determinando además claramente las funciones de gestión y de control del procedimiento por parte de la Administración autonómica competente.
- d) Informar sobre la posibilidad de presentar quejas durante el proceso en el Registro de Quejas correspondiente.
- e) Indicar la forma de acceso de los solicitantes a la información durante la tramitación del procedimiento de adopción internacional.

2.4.- Revisión de los criterios por los que se establece el límite de edad de los solicitantes de adopción internacional en 40 años, en los casos en que éste sea de aplicación.

2.5.- Admisión en vía administrativa de un nuevo procedimiento de adopción internacional en los supuestos en que por causas ajenas a los solicitantes no pueda continuar con normalidad el expediente de adopción que los mismos tuvieran en curso.

2.6.- Optimización y agilización del funcionamiento del Registro Civil Central, a través de la incorporación de las nuevas tecnologías, para facilitar la inscripción de los menores adoptados por ciudadanos españoles por el procedimiento de adopción internacional.

2.7.- Traslado a las Administraciones competentes de la conveniencia de establecer medidas de carácter social (económicas, fiscales, ...) en apoyo de los solicitantes de adopción.

2.8.- Conveniencia de establecer, por parte de las Administraciones competentes, programas de postadopción tendentes a la adecuada atención en todos los ámbitos de los menores adoptados, en particular en el educativo y en el sanitario.

2.9.- Conveniencia de estudiar la creación de un órgano en el marco de la Administración General del Estado que asuma en el ámbito exterior y, por tanto, en relación a los trámites y procedimientos que se lleven a cabo en los países de origen de los menores, funciones de apoyo y coordinación entre las Administraciones competentes, asistencia a los solicitantes de adopción internacional y apoyo y control de las actuaciones de las ECAI.

Dicho órgano podría contar con la asistencia, como órgano de asesoramiento, del Consejo Consultivo de Adopción Internacional a que se refiere el punto 1.3 de las presentes recomendaciones.

2.10.- Establecimiento de un protocolo médico/pediátrico, 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.

2.11.- Fomento de la creación y desarrollo, por parte de las Administraciones públicas, de programas de cooperación internacional en materia de protección de menores en los países de origen.

2.12.- Mayor dotación de medios al Servicio Exterior para desarrollar funciones de apoyo a los solicitantes de adopción internacional, en caso de problemas o incidentes que se planteen en los países de origen de los menores.

3.- En relación con las entidades colaboradoras de adopción internacional (ECAI):

3.1.- Establecimiento de requisitos básicos por parte de las Administraciones competentes, para la acreditación, supervisión y control de las ECAI por parte de dichas Administraciones, con el fin de garantizar un tratamiento semejante para todas ellas y para los solicitantes de adopción internacional. La acreditación, supervisión y control de las ECAI que ejerzan sus actividades simultáneamente en varias Comunidades Autónomas, o con carácter supra-autonómico, habría de llevarse a cabo mediante actuaciones coordinadas de las Administraciones competentes

En particular, debería tenderse al establecimiento de criterios de acreditación, a partir de la exigencia de cumplimiento de buenas prácticas y de criterios de calidad, con renovación periódica de dicha acreditación a la vista de la supervisión y evaluación de la actuación de cada ECAI por la Administración competente.

Asimismo, la desacreditación de una ECAI por parte de una Comunidad Autónoma debería comportar la inspección y revisión pormenorizada de su actuación en las demás en que estuviera acreditada.

3.2.- Establecimiento de un modelo básico de contrato para regular las relaciones entre los solicitantes de adopción internacional y las ECAI, aplicable con carácter general en todo el territorio español y homologado por todas las Administraciones competentes, previo acuerdo entre ellas.

3.3.- Exigencia de suscripción de pólizas de aseguramiento de su responsabilidad por parte de todas las ECAI acreditadas en España.

3.4.- Mejora del control por las Administraciones competentes de los honorarios y precios establecidos por las ECAI para la prestación de sus servicios a los solicitantes de adopción internacional, procurando en todo caso proporcionar a dichos solicitantes el mismo tratamiento económico en cada país de origen de los menores adoptados.

3.5.- Obligación por parte de las ECAI de presentar a los solicitantes de adopción internacional un presupuesto detallado con carácter previo a la contratación y prestación de sus servicios, así como de desglosar los mismos en las correspondientes facturas, con indicación del precio percibido por cada uno de ellos, a fin de garantizar los derechos como consumidores de los solicitantes.

3.6.- Cumplimiento efectivo por parte de las ECAI de las exigencias legales derivadas de su carácter de instituciones sin ánimo de lucro, debiendo las Administraciones competentes llevar a cabo la adecuada supervisión y control de su cumplimiento así como su regulación.

3.7.- Exigencia efectiva a las ECAI, por parte de las Administraciones competentes del informe de aptabilidad de los menores emitido por la Autoridad Central del país de origen.

3.8.- Establecimiento de la obligación de las ECAI, con carácter general, de identificar a sus representantes en los países de origen de los menores ante las Administraciones públicas españolas.

Aprobado por Unanimidad en Pleno del Senado el 10 de Diciembre de 2003

ANEXO 4

Servicio multi-disciplinar de Post-Adopción gratuito para los niños y sus familias (referencias)

- Asociación Pinar, ANDALUCIA <http://www.asociacion-pinar.org/>
Programa de la Junta de Andalucía
- Servicios de Atención temprana de Madrid
http://www.madrid.org/cservlets_sociales/guia_servicios/2_3_5.htm
<http://www.guiaderecursos.com/temprana.php>
- Servicios de atención temprana del Gobierno de Aragón
<http://portal.aragob.es/iass/Discapacitados/DiscapAtenTemprana.htm>
- Libro Blanco de atención temprana
<http://www.infodisclm.com/libro%20blanco%20at.htm>

ANEXO 5

Protocolo pediátrico específico.

Todos los documentos citados, y algunos más, se pueden consultar en la página web de la Asociación Atlas www.asatlas.org sección Salud, incluida una encuesta a las familias para determinar la atención específica recibida. La Guía del Dr. Oliván se incluye íntegra en este documento por considerarse la más actual y relevante.

- **Guía de Salud en Adopción Internacional. Dr. Oliván Gonzalo.**
Médico especialista en Pediatría y Puericultura. Servicios de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales - Gobierno de Aragón- España
 - **Adopción Internacional. Dra. Maite Aranzábal Agudo.**
Servicio de Salud del Gobierno Vasco. Octubre 2000.
 - **Atención a los niños adoptados en otros países. Dra. Vicky Fumadó.**
Publicado en La Revista de Pediatría Catalana, numero 62 de 2002. La Dra. Fumadó pertenece a la Unidad de Patología Importada. Servicio de Pediatría del Hospital Sant-Joan de Déu de Barcelona
-

Adopción Internacional

Autor: Oliván Gonzalvo, Gonzalo. Médico especialista en Pediatría y Puericultura. Servicios de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales - Gobierno de Aragón- España

Contenido:

▶ [Índice de resúmenes de las revisiones COCHRANE](#)

▶ Ministerio de Justicia de España. [Guía sobre Adopción Internacional en España](#) 1999

▶ Asociación en Defensa del Derecho de la Infancia a la Adopción. [Infancia y adopción](#)

▶ [Gráficas de crecimiento para niños adoptados internacionalmente.](#) 2001

- [¿Cuáles son los datos de interés médico que se deberían obtener de un niño que va a ser adoptado en el extranjero?](#)
- [¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentemente observados en niños adoptados en el extranjero?](#)
- [¿Cuáles son las evaluaciones médicas recomendadas a la llegada de un niño adoptado en el extranjero?](#)
- [¿Cuáles son las pruebas de cribado de laboratorio recomendadas a la llegada de un niño adoptado en el extranjero?](#)
- [¿Cuáles son las inmunizaciones recomendadas a los adultos que viajan al extranjero para realizar una adopción internacional?](#)

¿Cuáles son los datos de interés médico que se deberían obtener de un niño que va a ser adoptado en el extranjero?

- Filiación: nombre, fecha y lugar de nacimiento.
- Historia sociofamiliar (madre, padre y hermanos): edad, profesión, nacionalidad, antecedentes de alcoholismo, drogadicción, delincuencia, prostitución, enfermedad psiquiátrica, retraso mental, malos tratos, problemas médicos.
- Historia perinatal y neonatal: número de gestación, salud de la madre durante la gestación, edad gestacional, lugar del parto (domicilio/hospital), tipo de parto (vaginal/cesárea), test de Apgar (minutos 1/5), cribado de endocrino-metabolopatías, antropometría neonatal (peso, longitud, perímetro cefálico), patología perinatal y neonatal (estudios y tratamientos realizados).
- Tiempo de institucionalización (desde la fecha de ingreso), tipo de institución (orfanato, etc.), localización de la institución (país y área geográfica) y motivo de su institucionalización.
- Desarrollo físico (peso, talla, perímetro cefálico, etc.): evolución longitudinal (1,3,6,9,12 meses, etc.) y datos antropométrico-nutricionales actualizados.

- Desarrollo psicomotor (motor fino, motor grueso, lenguaje, socialización) y neurosensorial (visión/audición): evolución longitudinal y datos del momento actual.
- Enfermedades previas (diagnósticos o síntomas): padecidas antes y durante su estancia en la institución (con fecha o edad del niño) y medicamentos administrados.
- Enfermedades que presenta en la actualidad (diagnósticos o síntomas) y tratamiento que se le administra. Preguntar qué consecuencias tiene la enfermedad y, una vez en nuestro país, qué cuidados y tratamientos deberá seguir.
- Comportamiento y reacciones del niño cuando está enfermo.
- Intervenciones quirúrgicas realizadas (diagnóstico y fecha) (incluidas las transfusiones de sangre).
- Evaluaciones médicas por especialistas (diagnósticos y fechas).
- Alergias, reacciones o intolerancias conocidas (a medicamentos, alimentos, neumoalergenos, etc.).
- Vacunas administradas (nombres) y fechas de administración.
- Resultados de las pruebas de cribado de laboratorio realizadas y fecha de realización.
- Resultados de los estudios serológicos (VIH, Hepatitis B-C, Sífilis, etc.) y fecha de realización.
- Alimentación: gustos, consistencias, horarios y cantidades.
- Actividades diarias (levantarse, siesta, acostarse, baño, cepillado de dientes, juegos, juguetes, etc.): horarios, preferencias y costumbres.
- Sueño: duración, tipo de cama, tipo de sueño, problemas.
- Control de esfínteres: pañales/orinal, enuresis/ encopresis, horarios, hábito deposicional.
- Aspectos de la conducta, del desarrollo socioemocional y del lenguaje.
- Aspectos del desarrollo escolar.
- Originales/copias de los informes médicos existentes.
- Fotografías y videos*

* Características y aspectos fundamentales que deben mostrar un buen video: Buena calidad de imagen y audio. Duración de al menos 5 minutos. Mostrar al niño con y sin ropa. Mostrar al niño en movimiento (comiendo, bebiendo, jugando, pintando, gateando, andando, etc.). Mostrar al niño vocalizando (audio). Mostrar al niño interactuando con adultos y otros niños. Mostrar en detalle el contacto visual del niño. Mostrar en detalle y en diferentes ángulos el cráneo y la facies del niño. Realizar videos secuenciales en el tiempo.

¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentemente observados en niños adoptados en el extranjero?

- **Trastornos nutricionales:** Malnutrición [25-50%] (China [9-24%], Rusia, Este de Europa); Raquitismo (por deficiencia de vitamina D y calcio) (China, Rusia, Este de Europa); Vitaminopatías (déficit de ácido fólico, vitamina B12, etc.); Anemia ferropénica [30-40%] (China [35%]); Deficiencia de Zinc.

- **Trastornos alimentarios:** Problemas alimentarios [30-33%; especialmente en niños procedentes de orfanatos] (comer demasiado, rechazar los alimentos sólidos, etc.); Intolerancias alimentarias (lactosa, proteínas vacunas, etc.).
- **Trastornos del crecimiento:** Fallo de medro (< 2 años) [25-50%] (Rusia [50%], China, Este de Europa); Retraso de crecimiento (> 2 años) [20-75%]; Microcefalia (< 5 años) [24-45%] (de origen prenatal y no prenatal) (Rusia [40%], China [24%], Este de Europa).
- **Trastornos del desarrollo madurativo:** Retraso del desarrollo de la motricidad (fina y/o gruesa), del lenguaje, del aprendizaje y socioemocional [el 50-85% de los niños, especialmente los procedentes de China, Rusia y Rumania, presenta retraso en una o más áreas, la mayoría por falta de estímulo y afecto]; Otros trastornos del desarrollo madurativo [15-30%] (escasa capacidad de adaptación social; trastornos del control de esfínteres; trastornos específicos del rendimiento y aprendizaje escolar; dislexia; disgrafía; discalculia).
- **Trastornos del desarrollo puberal:** Pubertad temprana en niñas (> 8 años) (India, Sudeste de Asia, Iberoamérica); Retraso del desarrollo puberal.
- **Trastornos psicopatológicos** [9-22%] (especialmente en niños con historia de institucionalización y/o malos tratos): Trastornos afectivo-emocionales (ansiedad, angustia, llanto, rechazo, falta de expresividad, falta de respuesta ante estímulos, apatía, tristeza); Trastornos de la conducta (negativismo, conductas encaminadas a llamar la atención, hostilidad, agresividad, autoestimulación, automatismos, estereotipias, pica); Trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad; Trastorno de oposición desafiante; Trastorno de estrés postraumático; Trastornos del sueño.
- **Trastornos neurosensoriales:** Problemas de audición [14%](hipoacusia congénita o secundaria a otitis media crónica o de repetición); Problemas de visión (estrabismo [3-4%], ambliopía) (Rusia, Este de Europa); Desórdenes del desarrollo neurológico relacionados con el alcohol y Síndrome alcohólico fetal [<2%] (Rusia [1,5%], Este de Europa).
- **Trastornos musculares:** Bajo tono muscular o hipotonía (secundario a malnutrición, raquitismo y falta de estímulo psicomotriz).
- **Enfermedades alérgicas:** Asma; Eccemas; Alergias alimentarias (proteínas vacunas, etc.).
- **Enfermedades del aparato respiratorio:** Infecciones del aparato respiratorio superior y/o inferior [5-6%]; Asma por hiperreactividad bronquial inespecífica secundaria a polución ambiental) (China [10%], Rusia, Este de Europa).
- **Trastornos endocrino-metabólicos:** Disfunción tiroidea (deficiencia de yodo e hipotiroidismo secundario) (áreas rurales y montañosas de China [10%], Mongolia y Tíbet); Hipotiroidismo congénito [1/4.000] (en Rusia y países del Este de Europa no suele reflejarse en el informe médico el resultado del cribado endocrino-metabólico neonatal); Pubertad precoz en niñas (<8 años) (India, Sudeste de Asia, Iberoamérica).
- **Problemas dentales:** Retraso de la erupción de la dentición primaria (por malnutrición y raquitismo); Alteraciones del esmalte/Caries de la dentición primaria y secundaria; Malposición/maloclusión dental.
- **Problemas dermatológicos:** [6-38%]: Escabiosis (Sarna) [5-25%]; Pediculosis; Impétigo, Micosis superficiales; Tiñas; Eccemas; Dermatitis del pañal; Molluscum contagiosum; Tungiasis (Africa [Liberia]).
- **Problemas ortopédicos:** Alteraciones de columna (escoliosis, cifosis) y de extremidades inferiores (displasia del desarrollo de la cadera, pie varo/valgo, genu varo/valgo).
- **Trastornos prenatales y perinatales:** Anomalías congénitas prenatales [15%] (osteo-articulares [4%], cardíacas [3%], craneofaciales (microcefalia, labio leporino, paladar hendido, craneosinóstosis, etc.)

[3%], renales [$<1\%$], etc.); Trastornos perinatales relacionados con prematuridad, hipoxia intrauterina crónica, infección intrauterina, anoxia perinatal, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, pobre nutrición y ausencia de cuidados prenatales de la madre.

- **Enfermedades infecciosas:** Infecciones intestinales parasitarias [7-33%] (Giardia lamblia [6-67%; media de 16-19%], Cryptosporidium parvum, Entamoeba histolytica, Ascaris lumbricoides, Hymenolepis nana, Enterobius vermicularis, Trichuris trichura, Strongyloides stercoralis) (Este de Europa [Bulgaria, Rumania, Moldavia, Hungría], Rusia, China, Iberoamérica [Colombia], Sudeste de Asia [Vietnam], India, África); Infecciones intestinales bacterianas (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, E. coli enteropatógeno) (India, Rusia, Este de Europa, China, Sudeste de Asia, África, Iberoamérica); Infección tuberculosa, latente, primoinfección y pulmonar activa [3-25%; media de 19%] (Rusia [25%], China [3-9%], Este de Europa [Rumania], Corea del Sur, Sudeste de Asia [Vietnam, Camboya], Centro América [México], Filipinas, Haití, India); Sífilis, congénita y adquirida [$<1\%$] (Rusia, Este de Europa [Rumania, Bielorrusia, Moldavia, Ucrania], Sudeste de Asia [Vietnam]); Infección VIH y anticuerpos anti-VIH [$<1\%$] (Este de Europa [Rumania], Sudeste de Asia [Camboya, Tailandia], Iberoamérica [Paraguay, Honduras], China [0,1%], Haití, África [Uganda]); Infección Hepatitis A [$<2\%$] (Rusia, Este de Europa, Centro América, Sudeste de Asia, China); Infección Hepatitis B [3-35%] (Este de Europa [Rumania 8-35%], India [5-31%], Sudeste de Asia [Vietnam 5-6%], China [3-9%], Corea [2-7%], Rusia [2-3%], Iberoamérica, África); Co-infección Hepatitis Delta (Este de Europa [Rumania]); Infección Hepatitis C [1-2%] (Rusia, Este de Europa [Rumania, Moldavia], China [0,5-2%]); Paludismo [$<1\%$] (Centro África, India, Sudeste de Asia [Camboya]); Otras enfermedades parasitarias (neurocistosis, tripanosomiasis, esquistosomiasis, etc.) (Centro África, India, Sudeste de Asia); Poliomielitis (Sudeste de Asia [Vietnam]); Infección por citomegalovirus, congénita y adquirida (China); Complicaciones del sarampión (panencefalitis esclerosante subaguda) (Sudeste de Asia [Tailandia]); Histoplasmosis (Iberoamérica [El Salvador]); Tosferina (Rusia).
- **Miscelánea:** Inmunizaciones ausentes, incompletas o que no crearon anticuerpos (difteria, tétanos y/o polio) [30-65%] (China [30%], Rusia, Este de Europa); Inexactitud de la edad cronológica [20%] (China); Intoxicación por plomo (China [1-14%], Rusia [1-5%], Este de Europa, Iberoamérica); Anemias por hemoglobinopatías (Talasemias: China, Sudeste de Asia [Vietnam, Camboya, Tailandia], países mediterráneos; Drepanocitosis: África subsahariana, India, Iberoamérica, Caribe; Déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa: países Mediterráneos, África subsahariana; otras hemoglobinopatías); Inmunodepresión secundaria a malnutrición; Enfermedades post-exposición a radiación nuclear (Ucrania, Bielorrusia, Sudoeste de Rusia); Variantes fisiológicas: mancha mongólica, aumento del vello corporal, pseudoestrabismo (asiáticos), occipucio plano (coreanos).

Nota: entre paréntesis se especifican los países o zonas donde especialmente se ha observado el problema de salud.

¿Cuáles son las evaluaciones médicas recomendadas a la llegada de un niño adoptado en el extranjero?

La evaluación médica inicial no debe demorarse más de 7-10 días y lo ideal es que se realice en los tres primeros días, sobre todo si tenemos en cuenta que las enfermedades infecciosas representan la mayor parte de los problemas médicos observados, y la posibilidad de transmisión incluso entre los miembros de la familia adoptante. Además, el fracaso en la identificación e intervención precoz de sus problemas de salud no sólo puede afectar adversamente su calidad de vida en el futuro desarrollo físico, emocional e intelectual, sino que también puede conducir a incrementar las dificultades de adaptación e integración en la nueva unidad familiar originando con ello el fracaso de la adopción.

a. Evaluación del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal. Es preciso usar gráficas de crecimiento adaptadas o, en el caso de que existan, las propias de la etnia o país de origen. Si las medidas antropométricas se encuentran dentro de los estándares de referencia del país adoptante, entonces son apropiadas. Si el niño no está dentro de la curva y no se observa en los 6 primeros meses un crecimiento recuperador, debe ser evaluado para

descartar otros problemas médicos (especialmente en los niños adoptados por debajo del año de edad; en los adoptados por encima del año de edad, y dependiendo del grado de retraso de crecimiento previamente existente, el crecimiento recuperador de la talla y del perímetro cefálico puede tardar más tiempo).

Al valorar el estado de nutrición hay que investigar si existen problemas o intolerancias con la alimentación. En el cribado del Raquitismo, además de las pruebas bioquímicas de laboratorio es preciso el estudio radiológico de la rodilla/muñeca.

Es preciso tener presente la evolución y desarrollo puberal del país de origen con el fin de evitar diagnósticos erróneos de pubertad precoz.

b. Evaluación del desarrollo psicomotor [Test de Denver (0-6 años)/ Test Haizea-Llevant (0-5 años)]. Estas pruebas valoran el grado de desarrollo de las áreas manipulativa (motricidad fina), postural (motricidad gruesa), del lenguaje y psicosocial. Debe realizarse en los primeros 1-2 meses tras su llegada y repetirlo a los 6 meses, momento en que será más representativo del nivel del niño. En esta segunda evaluación, si el niño muestra un retraso mayor al retraso transicional esperado (se estima que por cada 3-5 meses de estancia en un orfanato se produce un retraso del desarrollo psicomotor de 1 mes), especialmente si tiene más de 1 año, o si existe ansiedad parental, debe remitirse a un servicio de estimulación precoz. En la mayoría de los casos el retraso psicomotor, tras la estimulación adecuada se recupera en 1 año.

La presencia de un retraso evidente del desarrollo psicomotor, especialmente si se asocia microcefalia, obliga al estudio serológico para descartar infección congénita por rubéola, toxoplasmosis, sífilis o citomegalovirus. La asociación de macrocefalia, obliga a descartar infección congénita por toxoplasmosis y sobre todo hipotiroidismo.

c. Evaluación del estado de inmunización. Se deben revisar las vacunaciones administradas en el país de origen (certificación oficial) [hasta un 65% de los casos no reciben certificados oficiales de vacunación] y adecuarlas a las del calendario vigente de la comunidad adoptiva y de acuerdo con la edad del niño.

Se ha de tener presente la escasa fiabilidad de los certificados oficiales de ciertos países, lo que puede exigir variaciones en las estrategias vacunales. Los expedidos en Iberoamérica, India y Corea son, en principio, veraces. Los procedentes de Europa del Este, Rusia y China son menos fiables, sobre todo si se refieren a niños de orfanatos, a los que se ha podido administrar vacunas mal conservadas o caducadas. Las dudas planteadas en estos casos deben soslayarse investigando serológicamente su estado inmunológico específico o, si no es posible o adecuado, administrando la totalidad de las vacunas propias de su edad. En niños pequeños es recomendable repetir todas las vacunas (calendario acelerado) independientemente de sus antecedentes de inmunización.

Recordar que cuando hayan sido vacunados frente al sarampión, a menudo, habrá sido mediante la vacuna monovalente frente a ese virus (que es la habitualmente utilizada en sus países), por lo que no están protegidos contra la parotiditis ni la rubéola. Es también importante tener en cuenta si la vacuna sarampionosa monovalente fue administrada de forma precoz, ya que puede haber sido neutralizada por anticuerpos maternos transplacentarios. Por tanto, es recomendable que sean revacunados con la vacuna triple vírica.

La vacunación neonatal frente a la hepatitis B en hijos de madres portadoras de HBsAg se realiza muchas veces pasada la primera semana de vida, lo que no asegura la prevención de la transmisión vertical del virus y obliga a investigar este hecho en los niños para descartar si son portadores crónicos del virus de la hepatitis B.

Dependiendo del país de origen es posible que se le haya administrado la vacuna BCG (en Rusia se administra en los primeros días de vida y en China en los primeros días tras el ingreso en el orfanato), lo cual tiene su importancia a la hora de interpretar la intradermorreacción de Mantoux.

Hay que tener presente que los niños afectos de malnutrición y fallo de medro pueden haber tenido una pobre respuesta inmunológica a las vacunas administradas.

Se debe tener en cuenta que los calendarios de vacunación de los países en vías de desarrollo adolecen de las vacunas contra el Haemophilus Influenzae tipo b y contra el Meningococo C.

En resumen, se aplicará un calendario de vacunaciones completo cuando no exista ningún registro de los inmunógenos administrados hasta la fecha, cuando la documentación o registro sea ilegible o no se identifique los inmunógenos registrados y cuando aún a pesar de que exista documentación y se identifiquen los inmunógenos registrados, el sanitario responsable tenga dudas sobre la fiabilidad de la misma y de la correcta inmunización del niño. También se recomienda en niños pequeños con independencia de sus antecedentes de inmunización. Es importante tener en cuenta que aunque el niño hubiera sido efectivamente vacunado en su país, no se ha observado un incremento de reacciones adversas por vacunar a niños ya vacunados previamente. En los demás casos, se actualizará el calendario administrando los inmunógenos que faltan de acuerdo con el calendario vigente en la comunidad adoptiva y la edad del niño, sin recomenzar la serie de vacunación.

d. Evaluación de la visión y de la audición. De especial importancia en lactantes con antecedente de prematuridad, sífilis congénita, malformaciones craneofaciales, síndrome alcohólico fetal u otitis frecuentes. Debe realizarse en los primeros 6 meses tras su llegada por oftalmólogo y otorrinolaringólogo infantil.

e. Evaluación de la dentición. El raquitismo, la malnutrición, el exceso de azúcar en la dieta, la falta de cepillado dental y la ausencia de fluoración del agua de bebida en los orfanatos, dan lugar a problemas en la dentición. Por ello, se debe evaluar la integridad de la dentición primaria y prevenir el daño posterior de la dentición secundaria. Especialmente en niños mayores de 18 meses. Debe realizarse en los primeros 6 meses tras su llegada por odontólogo infantil.

f. Evaluación de la edad cronológica. En algunos países, y especialmente en China, a los niños se les suele asignar una fecha de nacimiento que se corresponde con el momento en que fue abandonado, con la fecha de ingreso en el orfanato o con su apariencia física. En los casos en que existan dudas de la edad cronológica, ésta se determinará a través de: la edad ósea (radiografía de mano izquierda y atlas de Greulich-Pyle), la edad dental (dentograma, ortopantomografía), la edad de desarrollo psicomotriz (test de Denver/test Haizea-Llevant en menores de 6 años) y la edad de desempeño escolar y madurez social (psicopedagogo). Debe realizarse a la llegada y 12 meses después de la adopción (periodo de transición adecuado para la evaluación formal de la edad cronológica).

g. Otras evaluaciones. Basándonos en la información existente en los informes médicos del país de origen y/o en los hallazgos médicos de la exploración física completa realizada en la visita inicial, se debe consultar a subespecialistas pediátricos (cardiólogo infantil/ soplo cardíaco; nefrólogo infantil/ historia de infección del tracto urinario y ecografía renal anormal; neurólogo infantil/ microcefalia desde el nacimiento, signos o síntomas neurológicos; genetista-dismorfólogo/ dismorfias o signos de síndrome alcohólico fetal; gastroenterólogo infantil / historia de dolor abdominal recurrente crónico (*Helicobacter pylori*), crecimiento recuperador inapropiado; ortopeda infantil/ displasia del desarrollo de la cadera, dismetría de extremidades, etc.; radiólogo infantil/ raquitismo, sífilis congénita; etc.).

En los niños en los que se observen trastornos de la conducta en los primeros meses tras su llegada, se realizará una evaluación de la conducta (Child Behavioral Checklist de Achenbach en niños entre 4-16 años) y en función del tipo de alteración conductual y de su gravedad se requerirá la consulta del psicólogo o psiquiatra infantil.

¿Cuáles son las pruebas de cribado de laboratorio recomendadas a la llegada de un niño adoptado en el extranjero? (*)

- Hematimetría completa (serie roja, blanca y plaquetaria).
- Hierro y ferritina séricos.
- Estudio de hemoglobinopatías.
 - Electroforesis de hemoglobina (talasemias, drepanocitosis y otras hemoglobinopatías).
 - Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.

- Análisis de orina con examen microscópico.
- Parásitos y huevos en heces (3 muestras). Si es preciso: antígeno de Giardia lamblia, anticuerpo fluorescente directo para Criptosporidium.
- Coprocultivo (1 muestra) para Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia y E. coli enteropatógeno.
- Enzimas hepáticas (GOT, GPT).
- Función renal (urea, creatinina).
- Cribado de raquitismo (fosfatasa alcalina, calcio, fósforo).
- Plomo sérico.
- Serología Sífilis (RPR y/o VDRL). Si pruebas reagínicas positivas confirmar con pruebas treponémicas (FTA-ABS (IgG)) #.
- Serología VIH 1 y 2 (ELISA) #. Si la serología es positiva, confirmar el diagnóstico determinando PCR-VIH.
- Serología Hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG total) #. Si la serología es positiva, determinar anti-HBc IgM, HBeAg, anti-Hbe, anti-hepatitis Delta y alfa-feto proteína.
- Serología Hepatitis C (anti-HCV EIA) #. Si la serología es positiva, confirmar el diagnóstico determinando RIBA y PCR-RNA.
- Serología Hepatitis A (IgM, IgG).
- Serologías vacunales: en niños mayores de 12 meses que aportan certificado vacunal creíble.
- Cribado metabólico (tiroxina, fenilalanina, etc.): en lactantes menores de 6 meses.
- Pruebas de función tiroidea (T4 total, T4 libre, TSH): en niños mayores de 6 meses.
- Prueba de Mantoux para tuberculosis (2 UT de PPD RT 23). Es conveniente incluso ante niños vacunados de BCG. Lectura a las 48-72 horas: una induración mayor o igual a 10 mm. implica realizar estudio radiológico de tórax y terapia preventiva (6-9 meses con Isoniacida si la radiografía de tórax es negativa). Si la induración es entre 6-9 mm. , repetirla a los 3-6 meses (posibilidad de hacer radiografía de tórax). En los niños vacunados de BCG y en los niños afectados de fallo de medro (para descartar la anergia debida a la malnutrición), si la induración es entre 6-9 mm, repetirla a los 6-12 meses.
- Investigación de Plasmodium (gota gruesa y frotis de sangre periférica): en casos con sospecha clínica.
- Investigación de Citomegalovirus (cultivo de orina, serología): en casos con sospecha clínica.
- Investigación de Toxoplasmosis (IgM, IgG): en casos con sospecha clínica.

** En dependencia del país de origen, de la existencia de informes médicos previos, de la edad, del examen físico y/o de los signos/síntomas clínicos del niño, algunas de las pruebas de laboratorio descritas pueden no ser necesarias.
(#) Es conveniente evaluar a todos los niños, incluso si las pruebas en su país fueron negativas, y repetir la serología a los 6 meses para descartar el periodo de "ventana" o incubación.*

¿Cuáles son las inmunizaciones recomendadas a los adultos que viajan al extranjero para realizar una adopción internacional?

Inmunizaciones recomendadas de forma sistemática.

*** Tétanos-Difteria (Td adulto):**

- No vacunado: 3 dosis con pauta 0, 1, 6/12 meses.
 - Vacunado: 1 dosis de recuerdo cada 10 años.
- En viajes a cualquier destino (especialmente al Este de Europa y Rusia).

*** Poliomielitis (VPI, VPO):**

- No vacunado: 3 dosis de VPI con pauta 0, 1/2, 6/12 meses. Si se dispone de más de 8 semanas de tiempo (pauta 0, 1, 2 meses). Si dispone de menos de 8 semanas (pauta 0, 1 mes) y si de menos de 4 semanas (pauta 0 mes) y administrar las dosis restantes al regreso.
 - Vacunado (primariamente con VPO): 1 dosis de recuerdo con VPO.
 - Vacunado (primariamente con VPI): 1 dosis de recuerdo con VPO ó VPI.
- Especialmente en viajes a áreas endémicas o epidémicas (áreas recomendadas por la OMS).

*** Sarampión, Rubéola, Parotiditis (Triple vírica):**

- Nacidos a partir de 1970: 1 dosis de recuerdo (excepto si se puede confirmar que fue vacunado de niño (después del primer año de vida) o padeció las enfermedades).
 - En los nacidos antes de 1970, si hay razones para creer que pueden ser susceptibles, 1 dosis de recuerdo.
- En viajes a cualquier destino.

*** Hepatitis B:**

- 3 dosis con pauta 0, 1, 6 meses. Pautas alternativas (0,2, 4 meses; 0, 1, 4 meses).
 - Se recomienda completar la inmunización antes del viaje (incluso en las personas que no viajen pero que deberán convivir con el niño), para evitar cualquier riesgo de contagio durante la permanencia en el país de origen para efectuar los trámites y al recibir al niño adoptado en su nuevo hogar.
- Especialmente en viajes a China, India, Sudeste de Asia, Corea, Este de Europa, Rusia, Centroamérica, Sudamérica, África e Indonesia.

*** Hepatitis A:**

- 2 dosis con pauta 0, 6 meses. Pauta alternativa (0, 1 mes).
 - Si no dispone de tiempo, una dosis 1 mes antes del viaje y una segunda 6-12 meses más tarde.
 - Administrada en vacuna combinada Hepatitis A+B la pauta es 0, 1, 6 meses.
- Especialmente en viajes a países con alta endemicidad (África, Sudamérica, Mediterráneo Oriental, China, Sudeste de Asia e Indonesia), condiciones higiénicas deficientes y estancia prolongada.

*** Gripe:**

- El riesgo de exposición depende de la época del año y el destino.
- Hay que vacunarse (1 dosis única) no antes de 2-4 meses del pico de máxima actividad.
- Destinos y picos de máxima actividad:
 - Hemisferio norte (zonas templadas): entre Diciembre y Marzo.
 - Hemisferio Sur (zonas templadas): entre Abril y Septiembre
 - Trópicos: todo el año.

Especialmente indicada en población con alto riesgo de padecer complicaciones.

Especialmente en viajes a Rusia, Este de Europa, China y Sudeste de Asia.

* **Neumococo (polisacárido):**

- 1 dosis única (23-valente).

En viajes a cualquier destino (especialmente indicada en población de riesgo).

* **Varicela:** en población de alto riesgo de padecer complicaciones.

Inmunizaciones recomendadas de forma restringida #.

* **Fiebre amarilla:** Especialmente en viajes a áreas endémicas [zonas tropicales de Sudamérica y África Subsahariana (central, este, sur y oeste)]. Aunque esta sujeta a reglamentación internacional, algunos países exigen el certificado internacional de vacunación a todos los viajeros, mientras que otros sólo si el viajero proviene de cualquiera de las áreas infectadas o de las denominadas áreas endémicas.

* **Fiebre tifoidea:** Especialmente en viajes a áreas de alta endemicidad [India, países de África, Sudeste de Asia, Oriente Medio, Sudamérica y Centroamérica] o con brotes epidémicos.

* **Cólera:** Especialmente en viajes a zonas endémicas [Asia, África, Sudamérica y Centroamérica] o en situación de epidemia. Esta sujeta a reglamentación internacional.

* **Encefalitis japonesa:** Especialmente indicada en viajes a determinados países de Asia [zonas rurales de Corea del Norte, República de Myanmar (ex Birmania), Vietnam y Laos], con alta exposición a picaduras de mosquitos, con estancias superiores a un mes durante la época de los monzones.

* **Encefalitis centroeuropea** (primavero-estival o por garrapatas): Especialmente en viajes a áreas endémicas [zonas boscosas de Centro de Europa, Este de Europa y Asia Oriental] durante los meses de mayo-octubre.

* **Meningitis meningocócica (A+C):** Especialmente en viajes a áreas endémicas [África Subsahariana (desde Senegal al oeste hasta Etiopía en el este) y Brasil (interior)] durante los meses de diciembre a junio (ambos inclusive), o en cualquier época de año si se notifica epidemia.

* **Rabia:** Especialmente en viajes a países de alta enzootia [Ecuador, México, Tailandia, Filipinas, India y Etiopía] y estancia prolongada.

Se recomienda solicitar información sobre el país o área a la que viaja al Centro de Vacunación Internacional de su Comunidad Autónoma.