

Comparecencia de D. Gonzalo Oliván Gonzalvo, responsable de los servicios de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales —Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales— de la Diputación General de Aragón, ante la Comisión Especial sobre la adopción internacional del Senado de España, para informar en relación con la materia objeto de estudio de la Comisión.

Buenas tardes Sra. Presidenta y miembros de esta Comisión Especial sobre la adopción internacional. Agradezco su invitación de comparecencia en esta Comisión. Es para mí un honor poder informar a sus señorías sobre la problemática sanitaria de los menores adoptados internacionalmente.

En el poco tiempo que disponemos voy a intentar darles una visión general de la salud en la adopción internacional. Para la exposición me voy a ayudar de una presentación a través de diapositivas por ordenador. Procuraré utilizar un lenguaje médico comprensible y no cansarles con excesivas cifras.

Además, les voy a entregar en formato escrito y electrónico el texto y las diapositivas de la comparecencia, así como algunos artículos y trabajos de investigación sobre aspectos sanitarios de los menores en situación de adopción y acogimiento transitorio, tanto internacional como nacional, aspecto sobre el que ya les adelanto que las diferencias en los problemas de salud que presentan estos niños son fundamentalmente cuantitativas y no tanto cualitativas, es decir, que los niños en adopción y acogimiento transitorio nacional presentan básicamente los mismos problemas de salud que los niños adoptados en el extranjero, diferenciándose en los porcentajes de incidencia de algunos trastornos de salud propiciado por la existencia de factores de riesgo dependientes del país de origen y por la diferencia en los cuidados recibidos durante la institucionalización.

Dicho esto, voy a iniciar la exposición.

Como ustedes ya conocen por comparecencias previas, el fenómeno de

la adopción internacional se ha incrementado de una manera significativa en nuestro país en los últimos cinco años, situándonos en la actualidad los cuartos en el ranking mundial por detrás de los Estados Unidos de América, Canadá e Italia —los segundos para algunos países, como China y Rusia—. También saben que las principales áreas de procedencia de los niños extranjeros que se adoptan en España son China, Rusia, Este de Europa, Iberoamérica, subcontinente Indio y Sudeste de Asia, además de otros países —hasta treinta y dos distintos, según datos de la Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia —.

Los niños adoptados procedentes de estos países tienen un alto riesgo de presentar problemas de salud física y/o mental. Entre los factores de riesgo para presentar problemas de salud en estos niños, podemos distinguir factores generales de los países de origen, factores previos a la institucionalización y factores durante la institucionalización.

Como factores de riesgo generales de los países de origen destacan la falta de respeto de los derechos del menor, la pobreza económica, la precariedad higiénico sanitaria, la deficiente infraestructura para la asistencia sanitaria, los problemas de salud ambiental —como la contaminación atmosférica, la radiación ionizante o el plumbismo—, los problemas de salud prevalentes en la sociedad —como el alcoholismo, la drogadicción o la prostitución—, la existencia de enfermedades infecciosas endémicas —como la tuberculosis, la hepatitis B o el paludismo— y los problemas de salud determinados monogénicamente en determinadas razas o grupos étnicos —como las talasemias, drepanocitosis y hemofilias—.

Como factores de riesgo previos a la institucionalización sobresalen la inexistencia de cuidados prenatales —tanto de la salud de la madre como del control del embarazo—, la existencia de maltrato prenatal —por la presencia de infecciones de transmisión vertical, por el uso de drogas/alcohol y/o por el rechazo

emocional durante la gestación—, el hecho frecuente de nacer prematuro, de bajo peso y/o sin atención médica, el abandono desde temprana edad —faltando las figuras parentales—, la deprivación o la negligencia cronificada en todas las áreas —lo que se denomina maltrato de tipo pasivo, ya sea deliberado o no—, el abuso físico, sexual y/o emocional —o maltrato de tipo activo—, la explotación laboral, la ausencia de hogar —“niños de la calle”—, el cuidado médico preventivo y/o terapéutico de sus enfermedades ausente o inadecuado y los problemas de salud por recurrencia familiar de procesos que se heredan poligénicamente —como algunos trastornos neuropsiquiátricos y neurosensoriales— aspecto del que habitualmente no hay constancia en los informes médicos del país de origen ya que los antecedentes familiares se desconocen, o si se conocen, no se hace referencia de ellos en dichos informes.

Como factores de riesgo durante la institucionalización prevalecen, en primer lugar, el hecho de vivir en un entorno inapropiado, con ambientes y espacios inadecuados, con malas condiciones higiénicas, con unas ratios cuidador/niño muy bajas, con múltiples cuidadores provocando una falta de vinculación y estando expuestos a enfermedades contagiosas del adulto, y en segundo lugar, el hecho de recibir unos cuidados inadecuados caracterizados por una deprivación nutricional cuantitativa y/o cualitativa, por una deprivación afectiva y psicosocial, por negligencias y/o abusos y por una atención médica preventiva y curativa ausente, limitada o no especializada.

Partiendo pues de la base de que, en principio, todos los niños procedentes de adopción internacional son de alto riesgo sanitario, se deberían poner todos los medios posibles para minimizar el riesgo y para ello, dentro de los mecanismos sanitarios, es fundamental realizar una consulta médica preadopción especializada.

En esta consulta médica preadopción internacional se va a informar de los

problemas de salud más frecuentes y específicos según el país de origen, asesorar sobre los datos de interés médico que se deben obtener, valorar e interpretar los informes médicos del país de origen —incluso videos y fotografías—, asesorar sobre aspectos médicos que precisan aclaración y/o confirmación, evaluar el riesgo y asesorar sobre aspectos sanitarios para viajes internacionales.

Respecto a la calidad de los informes médicos del país de origen, generalizando, podríamos catalogarlos como “detallados y completos” los elaborados en Corea, “suficientes” los procedentes de India e Iberoamérica, “limitados” los elaborados en países del Sudeste de Asia —excepto que se realicen en clínica privada internacional— “deficientes” los procedentes de China y Este de Europa —aunque mejorando en los últimos años— y “muy deficientes”, e incluso adulterados, los elaborados en Rusia.

Respecto a los problemas de salud observados en los niños adoptados internacionalmente, podemos dividirlos en problemas de salud muy frecuentes —detectados en más del 15 por ciento de los casos—, frecuentes —entre el 5-15 por ciento— y menos frecuentes —observados en menos de 5 por ciento de los casos—.

Entre los problemas de salud muy frecuentes sobresalen: los trastornos del desarrollo madurativo —retraso del desarrollo de la motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje, cognitivo, socioemocional, global y otros trastornos— que se observan en un 35-85 por ciento de los niños, siendo en su mayoría de grado leve o moderado, pero en un 2-16 por ciento de los casos son de grado severo, siendo los porcentajes mayores cuanto mayor es la edad del niño y más tiempo ha estado al cuidado de un orfanato; los trastornos del crecimiento —fallo de medro en menores de 3 años, retraso de crecimiento en mayores de 3 años y microcefalia en menores de 5 años— que se observan en el 20-50 por ciento de los casos; los trastornos nutricionales y alimentarios —malnutrición moderada o severa,

anemia ferropénica, raquitismo presente o previo y problemas e intolerancias alimentarias— que se observan en el 20-40 por ciento de los casos; las enfermedades infecciosas, que están presentes hasta en un 35 por ciento de los menores, destacando por su frecuencia las infecciones intestinales parasitarias, la infección tuberculosa latente y activa, la infección aguda y/o crónica por el virus de la hepatitis B, las infecciones intestinales bacterianas y las infecciones respiratorias agudas, y con menor frecuencia pero no menor importancia, la sífilis congénita y adquirida, las infecciones urinarias, las infecciones por los virus de la hepatitis C y de la hepatitis A, el paludismo, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y las infecciones congénitas por citomegalovirus, toxoplasma y rubéola, entre otras; otros problemas de salud muy frecuentes son las inmunizaciones ausentes o incompletas —observado en el 35-70 por ciento de los menores— o que no crearon títulos de anticuerpos protectores —detectado en el 30-35 por ciento de los casos— y, finalmente, los problemas dermatológicos y dentales, observados en un 18-20 por ciento de los niños.

Entre los problemas de salud frecuentes destacan los trastornos psicopatológicos —especialmente en niños con historia de institucionalización prolongada y/o malos tratos y en los adoptados por encima de los 7 años—, la disfunción de la glándula tiroidea, el asma bronquial, los desórdenes del desarrollo neurológico por efecto alcohólico fetal, las anemias por hemoglobinopatías, los trastornos del desarrollo puberal, los trastornos de la audición y la intoxicación por plomo.

Entre los problemas de salud menos frecuentes, pero no por ello menos importantes, se encuentran las anomalías congénitas prenatales, los trastornos de la visión, el síndrome alcohólico fetal, las hemofilias y la displasia del desarrollo de la cadera, entre otros trastornos.

Como han podido observar, los niños adoptados internacionalmente tienen

una elevada prevalencia de problemas de salud física y/o mental, por lo que es necesario realizar una evaluación médica protocolizada a su llegada y un seguimiento médico postadopción sistematizado.

La evaluación médica inicial postadopción internacional no debería demorarse más de 7-10 días tras su llegada y lo ideal es que se realizara en los 3 primeros días, sobre todo si tenemos en cuenta que las enfermedades infecciosas están presentes hasta en un 35 por ciento de los niños y existe la posibilidad de transmisión de una enfermedad infecciosa a otros miembros de la familia o a la comunidad. Además, un 10-15 por ciento de los niños presenta problemas médicos serios no reconocidos o sospechados antes de la adopción. 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.

Respecto a la evaluación médica inicial podemos diferenciar la que se recomienda realizar "a todos los niños" y la que se recomienda realizar "a algunos niños" en dependencia de su edad, país de origen, informes médicos previos, síntomas clínicos y/o datos del examen clínico-analítico inicial.

La evaluación médica inicial recomendada a todos los niños adoptados internacionalmente debería incluir una exploración física completa, una evaluación del crecimiento, del estado de nutrición, del desarrollo psicomotor, del estado de inmunización y de la agudeza visual y auditiva, una búsqueda de secuelas de posible maltrato físico, sexual y/o emocional a través de indicadores físicos y comportamentales, y una serie de pruebas de cribado de laboratorio que incluyen hematemetría completa, hierro y ferritina séricos, bioquímica elemental —hepática y renal—, bioquímica y sedimento de orina, parásitos y huevos en heces —3 muestras—, serología de sífilis, serologías para los virus de la

inmunodeficiencia humana, hepatitis B y hepatitis C, y prueba de Mantoux para tuberculosis, recomendando la repetición de estas dos últimas pruebas a los 6 meses para descartar el periodo de incubación de un posible contagio previo no diagnosticado.

La evaluación médica inicial recomendada a algunos niños adoptados internacionalmente incluiría, además, la evaluación de la dentición y del desarrollo puberal —cuando proceda según la edad—, la evaluación de la edad cronológica cuando existan dudas de la edad real del menor y, en dependencia de la edad, país de origen, informes médicos previos, síntomas clínicos y/o datos del examen clínico-analítico inicial, la realización de exámenes por subespecialistas pediátricos y otras pruebas de cribado de laboratorio, entre las que se incluyen por su frecuencia y relevancia el estudio de hemoglobinopatías, urocultivo, coprocultivo, antígeno de Giardia lamblia, cribado de raquitismo, plumbemia, serología del virus de la hepatitis A, serologías vacunales, cribado endocrino-metabólico, función tiroidea, investigación de plasmodium, citomegalovirus, toxoplasmosis y rubéola, y pruebas de confirmación cuando las serologías a los virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C o para sífilis resultaron positivas.

El seguimiento médico postadopción internacional se recomienda a todos los niños y debería ser sistematizado. Incluiría el seguimiento de los problemas de salud detectados en la evaluación médica inicial, de las respuestas a los tratamientos administrados, de la evolución longitudinal del crecimiento, estado nutricional y desarrollo psicomotor —observando si se produce la recuperación esperada de los retrasos existentes—, de la evolución del desarrollo de la visión, audición, dentición y pubertad, de la correcta administración de inmunizaciones y de la posible aparición de problemas de salud física y/o mental previamente no detectados o nuevos.

Para finalizar quiero exponer tres propuestas, dos de carácter general y una específica.

La primera propuesta general es que se deberían agilizar los trámites necesarios para que los menores adoptables salgan cuanto antes del país de origen. Esto supondría un beneficio para su salud física y mental ya que se aminorarían los factores de riesgo sanitario debidos a la institucionalización.

La segunda propuesta general es que se debería exigir a los países de origen, a través de mecanismos legales y administrativos — y dentro del certificado de adoptabilidad—, una estandarización de las evaluaciones médicas a realizar y del contenido de los informes médicos a emitir en los niños asignados para adopción internacional. Con esto se evitarían muchos diagnósticos de problemas de salud insospechados a su llegada.

La propuesta específica sería la creación de un Comité o Comités de expertos en medicina de la adopción internacional, de ámbito estatal y/o autonómico, en el seno de los Servicios Sociales de Menores competentes en la materia, Servicios de Salud y/o Sociedades Científicas Pediátricas, con fines de asesoramiento, cooperación, consenso, información y formación.

Con fines de asesoramiento y cooperación con instituciones, entidades y otras disciplinas profesionales —públicas y privadas— vinculadas a la adopción internacional.

Con fines de consenso para la elaboración de estándares médicos recomendados para ser realizados por los países de origen, para la evaluación médica del menor cuando llega a nuestro país y para su seguimiento médico postadopción.

Con fines de información y formación a los profesionales de la salud infantil y a las familias adoptantes.

A los profesionales de la salud infantil que atienden a las familias adoptantes y asisten a los niños adoptados, informando y formando sobre las características de la consulta preadopción, cómo interpretar los informes médicos del país de origen

—incluso videos y fotografías—, cómo evaluar el riesgo, cuáles son los problemas de salud prevalentes generales y por país de origen, el incremento/aparición de problemas de salud y/o la disminución/desaparición de otros —lo que se denomina cambio de las tendencias epidemiológicas—, las evaluaciones médicas consensuadas recomendadas a su llegada y el seguimiento médico consensuado postadopción.

A las familias adoptantes, informándoles de la importancia de realizar la consulta médica especializada preadopción y la importancia de que la evaluación médica inicial y el seguimiento médico postadopción del menor sean realizados por pediatras con experiencia en medicina de la adopción internacional, y formándoles sobre los datos de interés médico del menor que deben obtener durante la asignación, las características y aspectos fundamentales que deben mostrar un buen video —o fotografías—, los problemas de salud con los que puede llegar el niño y los problemas de salud y adaptación que pueden aparecer posteriormente.

Muchas gracias por su atención. Estoy a la disposición de sus señorías para responder, dentro de mis posibilidades, cualquier duda o pregunta que quieran realizar.

Madrid. Palacio del Senado. Dieciséis de junio de 2003.