



International Social Service  
Service Social International  
Servicio Social Internacional

General Secretariat • Secrétariat général • Secretariado General

**CENTRO INTERNACIONAL DE REFERENCIA  
PARA LOS DERECHOS DEL NIÑO  
PRIVADO DE FAMILIA (SSI/CIR)**



**MINISTERIO FRANCÉS DE ASUNTOS  
EXTERIORES Y EUROPEOS  
SERVICIO DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL**

# **LA IMPORTANCIA DE LA SALUD DEL NIÑO EN EL PROCESO DE ADOPCIÓN**

## ÍNDICE

<b>PREÁMBULO</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS ADOPTADOS: PANORAMA</b>	<b>5</b>
<b>A. RESULTADOS</b>	<b>5</b>
<b>B. ANÁLISIS</b>	<b>5</b>
<b>3. ACOMPAÑAMIENTO PREADOPCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>A. RESULTADOS PARA LAS REUNIONES DE INFORMACIÓN COLECTIVAS SOBRE TEMAS MÉDICOS ANTES DE LA ADOPCIÓN</b>	<b>7</b>
EN RESUMEN	7
SÍNTESIS DETALLADA	7
<b>B. RESULTADOS PARA LAS CONSULTAS PREADOPCIÓN INDIVIDUALES</b>	<b>8</b>
EN RESUMEN	8
SÍNTESIS DETALLADA	8
<b>C. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PREADOPCIÓN EN SU CONJUNTO</b>	<b>9</b>
<b>4. ACOMPAÑAMIENTO MÉDICO DE LOS CANDIDATOS A LA ADOPCIÓN Y DEL NIÑO EN EL PAÍS DE ORIGEN</b>	<b>11</b>
<b>A. RESULTADOS</b>	<b>11</b>
EN RESUMEN	11
SÍNTESIS DETALLADA	11
<b>B. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>12</b>
<b>5. ACOMPAÑAMIENTO POSTADOPCIÓN</b>	<b>14</b>
<b>A. RESULTADOS PARA LAS CONSULTAS A LA LLEGADA DEL NIÑO</b>	<b>14</b>
EN RESUMEN	14
SÍNTESIS DETALLADA	14
<b>B. RESULTADOS PARA LAS CONSULTAS POSTADOPCIÓN</b>	<b>15</b>
EN RESUMEN	15
SÍNTESIS DETALLADA	15
<b>C. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS PARA EL SEGUIMIENTO MÉDICO POSTADOPCIÓN EN SU CONJUNTO</b>	<b>16</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>17</b>
<b>7. ANEXOS</b>	<b>18</b>
<b>A. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD DEL NIÑO EN EL PROCESO DE ADOPCIÓN: ESQUEMA TIPO DE BUENAS PRÁCTICAS COORDINADAS POR UN OAA</b>	<b>18</b>
<b>B. LISTA DE LAS PERSONAS U ORGANISMOS QUE RESPONDIERON AL CUESTIONARIO</b>	<b>19</b>

## PREÁMBULO

---

Aunque es un tema central y legítimo en toda historia de adopción, la salud de los niños adoptados es un tema que la literatura y la investigación especializadas abordan raramente. Partiendo de esta observación, el Servicio de Adopción Internacional (SAI) del Ministerio francés de Asuntos Exteriores y Europeos propuso al SSI/CIR<sup>1</sup> realizar un estudio conjunto sobre este tema.

En primer lugar, cabe precisar que el objetivo del estudio no es presentar un balance de las diversas patologías que pueden afectar a los niños adoptados ni estudiar el seguimiento médico a que se someten los niños después de la adopción. La finalidad del estudio es examinar la importancia otorgada a la salud del niño en el proceso adoptivo y la organización del seguimiento sanitario. Por ejemplo: ¿qué información reciben los candidatos adoptantes sobre la salud del niño que se les propone? ¿Cómo se realiza el chequeo médico del niño? ¿Qué acompañamiento se ofrece a las familias antes de la adopción, en el país de origen, al llegar el niño y después?

Con este fin, y para presentar un análisis lo más completo posible sobre los aspectos sanitarios de la adopción, hemos reunido datos procedentes de la práctica y analizado diversos sistemas vigentes en el mundo. Puesto que el tema es tan amplio, el estudio se concentró en las disposiciones adoptadas por los países de recepción o acogida, pues su responsabilidad está particularmente comprometida en la materia. Ahora bien, también se incluye el punto de vista de los países de origen gracias a las contribuciones que recibimos de varios de ellos.

En cuanto a la metodología, en enero de 2010 se envió un cuestionario a un amplio abanico de personas y autoridades cuya contribución podría ser útil para el estudio. En total, se recibieron 32 respuestas de 22 países: 13 países de recepción, 7 países de origen y 2 países “mixtos” (de recepción y origen a la vez). Entre las respuestas, 20 proceden de autoridades centrales, 4 de organismos autorizados para la adopción (OAA) y 8 fueron enviadas por profesionales, principalmente médicos. Puesto que algunas respuestas son compilaciones de las respuestas de varios actores del país, la diversidad es en realidad más amplia de lo que parece.

Para facilitar la lectura y la utilización de los resultados obtenidos, decidimos tratar los datos recibidos siguiendo el esquema tipo de un procedimiento de adopción. En la primera parte se aborda el tema de la salud de los niños durante la fase de preadopción. En esta etapa, nos interesamos principalmente en la manera en que los candidatos a la adopción son informados y preparados al emprender el procedimiento. En la segunda parte se aborda el acompañamiento de los candidatos durante el procedimiento, cuando ya han sido emparentados con un niño y se encuentran en el país de origen, las modalidades y la calidad del chequeo médico del niño. En la última parte se aborda el tema del seguimiento sanitario del niño al llegar al país de recepción y después, en particular la fase de seguimiento postadoptivo. Cada parte se trata según el mismo esquema y presenta una síntesis de los resultados, las principales observaciones y, por último, las propuestas formuladas para consolidar o mejorar la situación.

Agradecemos sinceramente a todas las personas e instituciones que respondieron a este cuestionario<sup>2</sup>. La calidad de las respuestas recibidas permitió elaborar un estudio que esperamos sea constructivo y útil para todos los actores implicados.

Dra. Christine Roullière-Le Lidec  
Ministerio francés de Asuntos Exteriores y Europeos  
Servicio de Adopción Internacional

Stéphanie Romanens-Pythoud  
Especialista en derechos del niño  
SSI/CIR

---

<sup>1</sup> Centro Internacional de Referencia para los Derechos del niño privado de familia/ Servicio Social Internacional: [www.iss-ssi.org/2009/index.php?id=131](http://www.iss-ssi.org/2009/index.php?id=131)

<sup>2</sup> Países representados: Alemania, Armenia, Australia, Bélgica, Brasil, Chipre, Dinamarca, Ecuador, España, Francia, Irlanda, Italia, Lituania, Mónaco, Nueva Zelanda, Filipinas, Portugal, República Dominicana, República Checa, Suecia, Suiza, Turquía. Para más detalles, consultar la lista de personas/instituciones que respondieron al cuestionario en el anexo 1.

# 1. INTRODUCCIÓN

---

Puesto que en este estudio se aborda el tema de la salud en la adopción a nivel mundial, cabe recordar en primer lugar que los “sistemas de adopción” varían considerablemente de un país de origen a otro y que las especificidades sanitarias de los niños adoptables pueden estar relacionadas con la organización de estos sistemas.

Por ejemplo, los países de origen que han implementado programas completos de medidas alternativas para los niños privados de familia proponen mayoritariamente niños con necesidades especiales a la adopción internacional. Desde un punto de vista estrictamente médico, estas necesidades especiales cubren una gran variedad de patologías físicas y/o psíquicas, más o menos reversibles, que requieren cuidados médicos a largo plazo o tratamientos específicos actualmente poco disponibles en numerosos países. Este primer grupo de niños se distingue de los otros debido a que, por definición, los niños presentan un cuadro sanitario muy específico. En este grupo se incluye igualmente a los niños grandes y/o con lazos de hermandad.

Al contrario, para las adopciones internacionales “sin particularidades”, los niños pueden sufrir de diversas patologías (carencias, infecciones, etc.) relacionadas con su medio de origen y con la vida que llevaban. Para simplificar, los problemas que pueden presentar pueden tratarse por lo general fácilmente, y normalmente no deben plantear problemas particulares a medio y largo plazo siempre y cuando los exámenes médicos se hayan realizado de forma completa y minuciosa.

Esta distinción es importante para este estudio, pues un proyecto de adopción de un niño con particularidades, que haya sido identificado como tal, no se prepara ni se maneja de la misma manera que una adopción “normal”: el enfoque de los candidatos y su preparación son diferentes, los actores —institucionales o privados (que formen parte de un OAA)— son especialistas, la información médica relativa al niño se somete a exámenes y explicaciones más completos, etc.

Teniendo en cuenta la evolución actual de la adopción internacional —aumento de la proporción de adopción de niños con necesidades especiales— es obvio que la parte sanitaria del proceso de adopción cobrará cada vez mayor importancia. Ahora bien, cabe señalar que si los casos claramente identificados como “necesidades especiales” cuentan efectivamente con un acompañamiento adecuado en los países de origen y los países de recepción, la importancia de las cuestiones de salud aún no es suficiente para la gran mayoría de las adopciones internacionales. En este contexto, sería útil inspirarse en los esfuerzos realizados en materia de colocación de niños con necesidades especiales para gestionar mejor todas las adopciones internacionales. Este punto es tanto más importante cuanto que los niños declarados oficialmente “sanos” o que sufren de patologías curables pueden desarrollar más tarde todo tipo de patologías físicas y/o psicológicas, no identificadas en el momento del emparentamiento, pero que podrían crear graves problemas en la familia adoptiva. En otras palabras, una adopción “normal” puede perfectamente transformarse en “adopción de un niño con necesidades especiales”, lo que puede crear graves complicaciones.

## 2. ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS ADOPTADOS: PANORAMA

---

### A. Resultados

Aunque es difícil elaborar un panorama preciso del estado de salud de los niños adoptados (los datos cuantificados sobre este tema son sumamente escasos), las respuestas recibidas muestran que los niños adoptados suelen presentar problemas de salud complejos, entre los cuales destacan con frecuencia las parasitosis digestivas y cutáneas, las patologías infecciosas (hepatitis B y C, tuberculosis, etc.), los problemas relacionados con la malnutrición, los retrasos de crecimiento, los trastornos del apego, etc. También suelen mencionarse patologías más atípicas, como asma o alergias diversas.

Obviamente, las patologías presentes son diferentes cuando los países de origen implementan programas específicos a favor de los niños con necesidades especiales, como ocurre por ejemplo en Lituania, donde el 80% de los niños propuestos para la adopción forman parte de esta categoría.

### B. Análisis

**Observación 1:** de manera general, se observa que los principales problemas de salud de los niños adoptados pueden tratarse eficazmente en el país de recepción, a reserva de los casos en que las patologías podrían manifestarse posteriormente. En efecto, los problemas de salud identificados por los profesionales (ver más arriba) representan, en conjunto, afecciones cuyo tratamiento es relativamente sencillo en un sistema sanitario occidental.

Sin embargo, esta primera observación debe considerarse desde cierta perspectiva: actualmente, los niños que presentan patologías más graves permanecen por lo general en las instituciones de los países de origen porque la familia biológica no dispone de los medios para hacerle frente a los gastos de tratamiento o bien porque las instituciones no encuentran una solución familiar alternativa, precisamente debido a la discapacidad del niño. También se observa que por razones culturales, estos niños se proponen muy raramente a la adopción internacional pues los países de origen no los declaran como adoptables.

Las misiones del SSI/CIR en varios países de origen<sup>3</sup> mostraron claramente que la “no adoptabilidad” de estos niños dependía más de factores estructurales que de razones relacionadas estrictamente con sus características individuales. Diversos casos existen al respecto:

- Si la organización administrativa de un país prevé que los menores que presentan una ligera discapacidad (por ejemplo, pérdida de un ojo, retraso de desarrollo) se orienten hacia una estructura médica en lugar de una institución del tipo orfanato, el hecho de que las autoridades que asumirán la responsabilidad de los menores (por ejemplo, un ministerio de sanidad) no sean competentes en materia de adopción impedirá que se aplique esta medida, aunque podría responder perfectamente a las necesidades de los niños.
- Si la decisión relativa a la adoptabilidad psicosocial del niño (por oposición a la adoptabilidad legal) compete al personal de las guarderías, se observa que los prejuicios culturales deforman con frecuencia la apreciación de la adoptabilidad lo que conduce a proponer a los candidatos extranjeros únicamente niños, a priori, en buena salud.
- Por último, ciertas legislaciones excluyen explícitamente de la adopción a los niños que presentan ciertos tipos de patología, lo que impide cualquier evaluación individual de la pertinencia de una adopción.

---

<sup>3</sup> Por ejemplo: en 2007: Kazajstán, Kirguistán, Azerbaiyán; en 2009: Vietnam; en 2010: Costa de Marfil, Guatemala.

**Propuesta 1:** en numerosos países de origen, los sistemas de salud deben desarrollarse y reforzarse, e incluir todas las medidas alternativas para evitar que los niños permanezcan en las instituciones únicamente porque están enfermos y la familia no dispone de los medios para ocuparse de ellos. Si los Estados de origen no disponen de los recursos necesarios para asumir solos estos desarrollos, sería preciso favorecer los intercambios de experiencias y buenas prácticas entre países de origen<sup>4</sup> y de ser necesario, fomentar la intervención de especialistas externos.

---

<sup>4</sup> Este tipo de intercambio ya se ha implementado en América Latina, como por ejemplo entre Guatemala y Perú, Chile y Colombia.

### 3. ACOMPAÑAMIENTO PREADOPCIÓN

En la fase preadoptiva, la información y/o preparación de los candidatos a la adopción sobre las cuestiones sanitarias relacionadas con la adopción pueden revestir dos formas: en el marco de reuniones colectivas de información y/o en el marco de consultas individuales.

#### A. Resultados para las reuniones de información *colectivas* sobre temas médicos antes de la adopción

##### En Resumen

SI RESPUESTA AFIRMATIVA				
Número de respuestas	Existencia de reuniones de información	Modalidad de la reunión de información (carácter obligatorio o no, precio, duración, frecuencia, marco)	Profesionales que intervienen (quién, formación...)	Contenido de la reunión
32 respuestas para 22 países	Sí: 18 No: 10 Variable en función de la región y/o del organismo encargado : 3	- obligatorio en 15 casos - gratuito en 13 casos, - de pago en 5 casos, - precio variable en 2 casos - frecuencia variable - duración variable pero mínimo 1 hora - marco público o privado	Todas las reuniones son dirigidas siempre por profesionales especializados en la adopción	Variable pero la información proporcionada es habitualmente de carácter general

##### Síntesis detallada

Como se muestra en la tabla anterior, la mayoría de los países de recepción proponen a los candidatos adoptantes reuniones de información bajo diversas formas, por lo general de carácter obligatorio (15 países de 22, o sea el 68%). No obstante, la forma, las modalidades (duración, frecuencia, etc.) y el contenido de las reuniones varían considerablemente según el país. Por ejemplo, en algunos casos, las reuniones se consideran auténticos ciclos de enseñanza o de preparación preadopción. En otros casos, la estructura es más ligera. Algunos países, como Portugal, Suecia o en Bélgica de habla francesa proponen un contenido muy estructurado, con un número de horas y un programa preciso. En otros Estados, como Australia o Suiza, el contenido de las reuniones es más variable y modulable en función de la región y/o del organismo encargado de organizar la reunión de información<sup>5</sup>.

Las reuniones colectivas de información suelen organizarse al inicio del proceso de adopción, e incluso antes de que los candidatos pongan realmente en marcha el procedimiento de adopción. Generalmente, las reuniones no se centran en los problemas médicos, pero abordan estos temas en el marco de una información más global. En esta fase, las reuniones proponen habitualmente una introducción a la adopción y están destinadas a presentar a los participantes la situación actual de la adopción, el perfil de los niños adoptables, lo que implica el procedimiento, etc. En algunos casos, en esta fase se propone una información más específica por país, como por ejemplo en Australia que la propone a los candidatos que ya han elegido el país de origen del

<sup>5</sup> A este respecto, los Estados federales disponen de una organización variable en función de la jurisdicción.

futuro adoptado. Pero en todos los casos, las cuestiones médicas se abordan de forma general, en particular durante las discusiones sobre los niños con necesidades especiales o los problemas médicos más corrientes entre los niños adoptados.

## B. Resultados para las consultas preadopción *individuales*

### En Resumen

SI RESPUESTA AFIRMATIVA				
Número de respuestas	Existencia de consultas preadopción individuales	Modalidades (organización, duración, frecuencia, precio, financiación, carácter obligatorio...)	Profesionales que intervienen (quién, formación...)	Contenido
32 respuestas para 20 países	Sí: 24 No: 5 Variable en función de la jurisdicción y/o del organismo encargado : 3	- obligatorio en 9 casos - de pago en 7 países pero esta información debe interpretarse en función del tipo de financiación del sistema de salud vigente en el país (ver más adelante) - frecuencia variable - dura 1 a 2 horas	Generalmente pediatras, acompañados en algunos casos por una enfermera y/o con la asistencia de un psicólogo o de un psiquiatra.	Contenido muy variado

### Síntesis detallada

En la mayoría de países se proponen consultas preadopción individuales. Estas consultas sólo son obligatorias en 9 países que respondieron a nuestro cuestionario, pero se recomiendan en casi todos los otros países.

Las consultas se organizan según dos modelos:

- consultas asimilables a una consulta médica y que forman parte del circuito clásico del sistema de salud;
- reuniones de información basadas en el modelo de las reuniones colectivas, pero individualizadas. En este caso, las reuniones suelen ser financiadas por el Estado o por una estructura pública.

Los dos modelos pueden coexistir, como en Francia, donde las consultas médicas de adopción son muy específicas y pueden tener lugar en diversas fases del procedimiento.

La financiación de estas consultas depende de la estructura de financiación del sistema de salud vigente en el país considerado. Por tanto, se establece una distinción entre los países "beveridgianos" con una financiación fiscalizada (por ejemplo, Gran Bretaña y España) y los países "bismarckianos" con una estructura de seguros (por ejemplo Francia y Alemania)<sup>6</sup>. Puesto

<sup>6</sup> Los sistemas de protección social en Europa tienen dos orígenes diferentes. En el sistema beveridgiano (cuyo nombre viene de Lord Beveridge, padre del modelo británico), los derechos (a una protección social de base) se otorgan a todos los ciudadanos y son financiados por los impuestos. Por su parte, el sistema bismarckiano (basado en el modelo del sistema alemán instaurado por el canciller Bismarck) es una estructura de seguros financiada por las cotizaciones salariales, que cubre igualmente a los derechohabientes. Esta cobertura de seguro de enfermedad se amplía a otras personas independientemente de su categoría profesional.

que se trata de una consulta médica individual, su coste está sujeto a las mismas reglas que las otras consultas ofrecidas por un médico. En cambio, el coste de las consultas colectivas es asumido por los candidatos o bien por una estructura de tipo público o privado.

Ahora bien, el contenido de las consultas o reuniones individuales es muy variado y puede cubrir uno, varios o la totalidad de los temas siguientes:

- Información general sobre el país de adopción elegido por los candidatos y su entorno sanitario. Con frecuencia, se trata de la misma información proporcionada durante las reuniones colectivas de preadopción pero individualizándola.
- Preparación y acompañamiento psicológico de los padres para la acogida del niño, incluyendo el seguimiento médico. A este respecto, el enfoque del organismo suizo acreditado para la adopción "Terre des Hommes" es interesante: los profesionales que intervienen en las reuniones abordan el perfil del niño mediante fichas que presentan situaciones reales de niños con foto (que no corresponde a la del niño descrito), descripción de los problemas de salud y desarrollo, tratamiento necesario, perspectivas, etc. De este modo, los candidatos se enfrentan a la realidad de los niños adoptables y pueden examinar con el profesional la cuestión de su "actitud de apertura" respecto a un problema de salud.
- Información del tipo consejos para los viajeros (vacunas, consejos de higiene, etc.).
- Ayuda para comprender el expediente médico del niño después del emparentamiento.

Por lo general, las reuniones/consultas están a cargo de un pediatra, acompañado a veces por una enfermera y/o con la asistencia de un psicólogo o un psiquiatra. En tres casos, las consultas están a cargo de profesionales que han seguido principalmente una formación psicosocial y, de ser necesario, los candidatos tienen la posibilidad de ser orientados hacia un servicio de salud especializado que les explicará con mayores detalles el expediente médico del niño.

En todos los casos, estas consultas se consideran generalmente como un complemento de las primeras reuniones colectivas de información. Las dos etapas forman un proceso progresivo y coherente.

### **C. Análisis de los resultados para el acompañamiento preadopción en su conjunto**

**Observación 1:** las reuniones de información generales existen en numerosos países, pero su forma es bastante heterogénea. La información sanitaria/médica se aborda generalmente en un contexto global. No hay reuniones colectivas consagradas específicamente a este tema exclusivamente.

**Propuesta 1:** esta primera etapa debería ser obligatoria para todas las personas que desean emprender un proyecto de adopción. Las reuniones deberían ser bastante generales y abordar, en cuanto a la parte médica, temas diversos como los problemas de salud más frecuentes en los niños adoptados, los niños con necesidades especiales, la realidad sanitaria de los países de origen, etc. El objetivo de esta etapa es presentar a los candidatos las realidades de la adopción y poner punto final a los mitos, sueños, estereotipos e incluso a los fantasmas existentes, con el fin de que el proyecto de adopción sea realizable y realista.

**Observación 2:** las reuniones individuales existen igualmente en numerosos países. Se organizan en reuniones individuales de información o en forma de consultas médicas. Los dos modelos pueden coexistir, como en Francia. En todos los casos, esta etapa individualizada constituye una prolongación de la primera fase de información general y ofrece una información más específica y personalizada.

**Propuesta 2:** sea cual sea la forma elegida, esta etapa también debería ser obligatoria ya que permite ofrecer un mejor acompañamiento y una mejor preparación a los candidatos adoptantes. Además, permite brindarles una atención personalizada, darles la ocasión de manifestar sus temores e inquietudes respecto a ciertos tipos de problemas médicos y ofrecerles las respuestas

apropiadas, principalmente las posibilidades de tratamiento, el tipo de seguimiento, las perspectivas, etc. Estas reuniones o consultas permiten asimismo trabajar con los candidatos adoptantes para precisar o, si procede, adaptar su proyecto de adopción.

**Observación 3:** con frecuencia, simultáneamente a la propuesta de emparentamiento, se propone también una explicación del expediente médico del niño.

**Propuesta 3:** para evitar que esta acción se considere como una ayuda para la selección del “mejor niño posible”, es preciso respetar una ética estricta. Este punto es sumamente importante pues, en principio, si el procedimiento se ha llevado a cabo correctamente, el perfil del niño que los candidatos están dispuestos a adoptar ya se ha evocado anteriormente, al igual que la “actitud de apertura” de los adoptantes respecto a los problemas de salud que pueda presentar el niño. El niño propuesto debería por tanto corresponder a sus expectativas, lo que permite reducir el porcentaje de rechazo<sup>7</sup>. En estas condiciones, la explicación del expediente médico debería servir únicamente para verificar si el niño corresponde a las condiciones a las que los candidatos han sido preparados. El expediente debe permitir presentar a los futuros padres el historial médico del niño propuesto, sus perspectivas y los tratamientos a prever eventualmente, con palabras claras.

Este es un momento crucial en el proceso de adopción, que debe imperativamente ser gestionado y asistido por profesionales para que los padres tomen consciencia de la situación y puedan evaluar si serán capaces de asumir el niño con todas las exigencias terapéuticas (principalmente) que se imponen en tal caso. La propuesta de un niño es un momento emocionalmente fuerte, sobre todo si la espera ha sido muy larga. Los candidatos se encuentran en una situación en que pueden surgir sentimientos contradictorios: el deseo de acoger el niño es muy fuerte pudiendo ocultar dificultades futuras y, al mismo tiempo, el estrés puede crear cierto pánico, por las mismas razones. Por tanto, es primordial que los candidatos puedan beneficiarse de un asesoramiento apropiado y que la cooperación entre país de origen y país de recepción funcione. El tiempo que se tome para tomar consciencia de la complejidad de la situación y prever los aspectos prácticos logísticos es tiempo ganado para la integración del niño. Esta implicación permite igualmente limitar los riesgos de fracaso de la adopción. Al contrario, también es fácil imaginar, en caso de adopción individual en un país que no haya suscrito el convenio de La Haya, que la ausencia de asesoramiento pueda crear problemas consecuentes más adelante.

**Observación 4:** las evaluaciones de estas reuniones preadopción son muy escasas, por no decir inexistentes.

**Propuesta 4:** un órgano independiente debería implementar una evaluación del acompañamiento preadopción con el fin de verificar si las reuniones corresponden a las necesidades.

---

<sup>7</sup> No obstante, este punto es sumamente delicado y no se dispone de suficientes cifras al respecto. Entre las respuestas recibidas, sólo un OAA alemán indica un porcentaje de rechazo de cerca del 20%.

## 4. ACOMPAÑAMIENTO MÉDICO DE LOS CANDIDATOS A LA ADOPCIÓN Y DEL NIÑO EN EL PAÍS DE ORIGEN

### A. Resultados

#### En Resumen

Número de respuestas	¿Los candidatos cuentan con un acompañamiento médico en el país de origen?	SI RESPUESTA AFIRMATIVA		
		Modalidad del chequeo médico del niño	Profesionales que intervienen	Contenido del expediente médico
24 respuestas para 16 países	Sí: 4 No: 9 Variable: 11	Sumamente variable	Médico(s) del orfanato: 4 Médico(s) del OAA: 4 Médico(s) locales: 1 Asistencia a distancia: 3 Otros (autoridad central, embajada, etc.): 3 A veces se proponen varias de estas soluciones en función de la OAA, de la región, etc.	Suficiente: 5 Insuficiente: 4 Variable: 7

#### Síntesis detallada

El acompañamiento médico de los candidatos a la adopción y del niño en el país de origen consta principalmente de dos elementos: la elaboración del expediente médico del niño, seguida del acompañamiento y asesoramiento de los candidatos adoptantes sobre la salud del niño cuando se encuentran en el país de origen, en caso de que el expediente médico esté incompleto, requiera aclaraciones o un consejo médico más completo.

En la tabla anterior se muestra hasta qué punto el seguimiento médico es aleatorio y presenta lagunas. Por una parte, varias respuestas indican que el expediente médico del niño es generalmente insuficiente para que los candidatos a la adopción puedan pronunciarse con total conocimiento de causa. Por otra parte, numerosas autoridades subrayan que la calidad del expediente varía considerablemente, en particular en función del país de origen del niño o de las circunstancias en las que entró en el sistema familiar alternativo. Por ejemplo, si no se sabe quiénes son sus padres y ha sido abandonado, el historial médico del niño es obviamente mucho más difícil de definir que si ha sido dado en adopción por su madre biológica. No obstante lo anterior, algunos interlocutores —principalmente OAA— consideran que los expedientes médicos que reciben son lo suficientemente completos para que los candidatos puedan tomar su decisión con conocimiento de causa.

Por otra parte, en relación con el acompañamiento y el asesoramiento de los candidatos adoptantes cuando se encuentran en el país de origen, 4 de 16 países proponen regularmente un seguimiento por un médico presente en el país de origen. Más del tercio no propone ningún seguimiento de este tipo y en casi la mitad de los casos el seguimiento varía según el país de origen y el organismo que asiste a los candidatos, principalmente.

Cabe destacar que el acompañamiento, cuando existe, presenta formas muy variables y generalmente corre por cuenta de los futuros padres. En algunos casos, el niño es llevado a un pediatra privado local. En otros casos, los candidatos son seguidos por un médico del OAA, como lo propone por ejemplo *Eltern für Africa*, en Alemania, que dispone de un médico en el país de

origen. Ahora bien, no todos los OAA proponen este seguimiento. En algunos casos, los candidatos y el niño pueden ser dirigidos hacia un médico de las autoridades locales.

## **B. Análisis de los resultados**

**Observación 1:** esta etapa es el punto débil en numerosos países, incluso cuando la adopción se lleva a cabo a través de un OAA. En los países de origen, los candidatos a la adopción suelen estar abandonados a sí mismos en lo que atañe a los aspectos médicos, cuando puede darse el caso de que el expediente del niño esté incompleto o confuso y que, por tanto, sea preciso realizar exámenes suplementarios.

**Propuesta 1:** para mejorar el acompañamiento de los candidatos y de los niños durante el procedimiento, sería conveniente evitar en lo posible las adopciones individuales, que están mal (o en absoluto) coordinadas. Si pese a todo, se siguen autorizando las adopciones individuales, los candidatos deberían tener acceso a una lista de médicos que podrían consultar en caso de necesidad. La lista podría ponerse a disposición en la Autoridad central o en las embajadas. Por su parte, los OAA deberían identificar sistemáticamente uno o varios médicos locales de confianza para trabajar con ellos. En lo posible, debería evitarse el apoyo médico a distancia y dar preferencia a un apoyo directo in situ.

En relación con este punto, el acompañamiento y asesoramiento de los candidatos, al igual que los exámenes suplementarios del niño que podrían ser necesarios, no deben tener como finalidad ayudar a los candidatos a seleccionar un niño. La aceptación, o no, de la propuesta de un niño se realiza anteriormente, antes del encuentro. En cambio, el seguimiento debe responder a las preocupaciones de los futuros padres cuando se encuentran en el país de origen, realmente confrontados a la realidad de la adopción. Por último, debe contribuir a brindar el mejor seguimiento posible al niño, a no ignorar un problema grave y a prever la organización de tratamientos más pesados, de ser necesario.

**Observación 2:** la cuestión de los gastos médicos y de su financiación sigue siendo confusa y poco clara. ¿Qué recubre realmente la noción de gastos médicos? ¿Qué reflejan realmente los gastos inherentes a la constitución del expediente médico del niño? ¿Cómo se presentan/detallan estos costes en la factura global presentada a los candidatos a la adopción? Aunque estos puntos no se abordaron en el estudio, la experiencia acumulada durante las misiones del SSI/CIR en los países de origen muestra sin embargo una increíble diversidad entre países de origen e intermediarios al facturar y justificar diversos gastos, más o menos relacionados con los aspectos sanitarios de la adopción. La imaginación de ciertos actores no tiene límites cuando se trata de inflar la factura final, que puede incluir todo tipo de gastos como análisis médicos, tratamientos diversos, retribuciones de personal médico y de niñeras, e incluso ítems más vagos como masajes prodigados al niño. En todos los casos, estos gastos corren por cuenta de los padres adoptivos, que estén incluidos en el precio global facturado por el OAA o que se paguen directamente a los profesionales sanitarios locales. Si no se establece una tarifa oficial, se abre la puerta a todo tipo de abusos en un mercado no regulado.

**Propuesta 2:** es primordial que un asesoramiento de calidad pueda ayudar a los candidatos (y a los países de recepción) a determinar qué gastos se justifican o no. Idealmente, el país de origen debería elaborar una lista de los costes aceptables y fijar las tarifas oficiales. Asimismo, en la factura presentada a los candidatos a la adopción deberían detallarse los gastos médicos con los servicios que incluyen. También sería conveniente que la comunidad internacional se ponga de acuerdo sobre lo que cubren los gastos exigidos a los candidatos a la adopción. El proyecto de Guía de Buenas Prácticas Nº 2 sobre la acreditación y los organismos acreditados en materia de adopción de la Conferencia de La Haya podría por ejemplo incluir una sección sobre los gastos médicos en el desglose de los costes exigidos a los candidatos a la adopción. Asimismo, una vigilancia sanitaria permitiría verificar la calidad de los diversos servicios.

**Observación 3:** el contenido de los informes médicos es heterogéneo y depende de la “cultura médica” del país y de las prácticas de los profesionales del sector. En efecto, aunque la clasificación internacional de las enfermedades de la OMS permite homogeneizar la terminología médica, su interpretación difiere según los países. Esta situación es delicada pues la evaluación médica del expediente del niño y su comunicación a los padres adoptivos se efectúa en base a este primer expediente. Esto puede provocar incomprensiones y ambigüedades, que pueden comprometer el proceso de adopción propiamente dicho. Por otra parte, hay que estar muy atentos a la veracidad de los expedientes médicos, en particular cuando un sistema limita la adopción internacional a los niños con necesidades especiales. Las misiones del SSI/CIR han mostrado que, en varios países de origen, algunos niños se declaraban abusivamente enfermos o discapacitados, para facilitar su adopción en el extranjero.

**Propuesta 3:** para limitar estos riesgos y armonizar el trabajo de los médicos relativo a los expedientes médicos, es necesario tener acceso a información sanitaria fiable y fácilmente comprensible por todos. Tomando como base el informe médico recomendado por la guía del CLH, podrían desarrollarse intercambios de buenas prácticas entre los profesionales de salud del país de origen y del país de recepción. Asimismo, podrían establecerse líneas directrices para precisar el seguimiento médico que debe brindarse a los niños adoptados a través de OAA desde el emparentamiento hasta la llegada al país de recepción.

## 5. ACOMPAÑAMIENTO POSTADOPCIÓN

### A. Resultados para las consultas a la llegada del niño

#### En Resumen

Número de respuestas	¿Existen consultas médicas a la llegada del niño?	SI RESPUESTA AFIRMATIVA		
		Modalidades (carácter obligatorio, financiación, precio, duración, frecuencia...)	Profesionales que intervienen (quién, formación, colaboración con el médico de cabecera...)	Evaluación
27 respuestas para 15 países	Sí: 20 No: 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obligatoria únicamente para ciertas jurisdicciones belgas y australianas</li> <li>- Precio y financiación según el sistema de salud vigente en el país</li> <li>- Dura una hora generalmente</li> <li>- Frecuencia variable</li> </ul>	Pediatra(s): 4 Pediatra(s) con la colaboración de un psicólogo: 6 Personal médico variable: 3	No existe evaluación, excepto en Bélgica

#### Síntesis detallada

La gran mayoría de los países de recepción proponen consultas médicas durante las semanas consecutivas a la llegada del niño, pero las consultas no son sistemáticas ni obligatorias. Sólo algunas jurisdicciones de Australia y Bélgica las exigen.

Por otra parte, pocos países parecen proponer consultas médicas especializadas en materia de adopción. Según las informaciones que recibimos, sólo ciertas autoridades francesas, australianas y belgas, así como la República Checa, han implementado este tipo de consultas, aunque las respuestas recibidas son demasiado vagas para confirmar este punto. En todos los casos, cuando existe, esta especialización se desarrolla gracias a la práctica y de forma empírica. Por lo que sabemos, no existe ninguna formación académica reconocida en materia de adopción. Ahora bien, existen iniciativas interesantes destinadas a mejorar la formación del personal médico. Por ejemplo, en Australia, un sistema permite a los especialistas transmitir datos pertinentes en materia de adopción a los médicos y pediatras generales. En España, se ha publicado una guía destinada a los pediatras y profesionales de la salud para ayudarles en su trabajo diario cuando deben brindar atención médica a niños adoptados.

Desde el punto de vista práctico, estas consultas suelen tener lugar las primeras semanas, o los primeros meses, consecutivos a la llegada del niño al país de recepción. Las consultas duran una hora por término medio, su frecuencia de organización es variable, tienen lugar en un hospital o en una consulta privada y son atendidas por personal médico, generalmente un pediatra. Este trabaja con frecuencia con la colaboración de un psicólogo. Así están organizadas, por ejemplo, las Consultas de Orientación y Asesoramiento en Adopción (COCA por su sigla en francés) creadas en varias regiones francesas, que proponen consultas de pediatría, pedopsiquiatría o parasitología especializadas en el campo de la adopción. Al igual que en los otros países, estas consultas son financiadas como cualquier consulta médica, según el sistema de protección social vigente en el país, y no se benefician globalmente de recursos particulares.

Desafortunadamente, las evaluaciones de estas consultas son muy raras. Por tanto, es muy difícil presentar aquí una apreciación cualitativa. Sólo algunas respuestas mencionan una forma de evaluación: Bélgica de habla francesa para las consultas cofinanciadas por la autoridad central, Bélgica de habla holandesa para las consultas organizadas por ciertos OAA y la Agencia

Francesa de Adopción a través de un estudio coordinado de las Consultas de Orientación y Asesoramiento en Adopción (COCA) para el periodo 2007-2008.

## B. Resultados para las consultas postadopción

### En Resumen

SI RESPUESTA AFIRMATIVA				
Número de respuestas	¿Existen consultas médicas en la fase postadopción?	Modalidades (carácter obligatorio, financiación, precio, duración, frecuencia...)	Profesionales que intervienen (quién, formación, colaboración con el médico de cabecera...)	Evaluación
28 para 16 países	Sí: 21 No: 7	- Obligatorio: 1 - Precio y financiación según el sistema de salud vigente en el país - Dura cerca de 1 hora generalmente - Frecuencia variable	Pediatra(s): 8 Pediatra(s) con la colaboración de un psicólogo: 10 Personal médico variable: 3	No existe evaluación, excepto en Bélgica

### Síntesis detallada

Puesto que el seguimiento médico postadopción constituye una prolongación o una profundización a largo plazo de las consultas implementadas a la llegada del niño, las respuestas obtenidas para las dos etapas son, lógicamente, muy similares. 21 de 28 países organizan cierta forma de seguimiento postadopción. Ahora bien, este seguimiento casi nunca es obligatorio, aunque se recomienda particularmente en todos los casos.

Puesto que las personas que intervienen son generalmente las mismas que a la llegada del niño, es decir, un pediatra con la colaboración de un psicólogo, las consultas también son raramente especializadas en materia de adopción.

El seguimiento reviste generalmente la forma de consultas de una duración que oscila entre treinta minutos y una hora y media, y se organizan con la frecuencia necesaria. Las consultas tienen lugar en un hospital o en una consulta privada y su contenido incluye tanto los aspectos clínicos como psicológicos.

En algunos casos, como en Suiza<sup>8</sup>, se organiza cierto seguimiento de la evolución médica y/o de la salud del niño durante las visitas a domicilio de seguimiento postadopción que la autoridad

<sup>8</sup> Ley federal relativa al Convenio de La Haya sobre la adopción y a las medidas de protección del niño en caso de adopción internacional:

Art. 17 Curatela en caso de adopción antes de la llegada al país de recepción

<sup>1</sup> Si el niño ha sido adoptado antes de viajar a Suiza y si cabe prever que la adopción podría ser reconocida, la autoridad tutelar nombra inmediatamente a un curador.

<sup>2</sup> El curador asiste a los padres adoptivos brindándoles apoyo y consejo para el cuidado del niño. Si la adopción en el Estado de origen no provoca la ruptura de los lazos de parentesco existentes con los padres biológicos, el curador ayuda a los padres adoptivos que lo deseen a solicitar una adopción según el derecho suizo.

<sup>3</sup> A más tardar un año después de su nombramiento, el curador elabora un informe sobre el desarrollo de los lazos de adopción, destinado a la autoridad tutelar.

<sup>4</sup> La curatela concluye de pleno derecho a más tardar 18 meses después de que se comunique la llegada del niño, o tras su institución si no se comunica la llegada.

Art. 18 Tutela en caso de adopción después de la llegada al país de recepción

Si el niño es adoptado después de su llegada a Suiza o si la adopción pronunciada en el extranjero no es reconocida en Suiza, la autoridad tutelar nombra un tutor por la duración de la colocación familiar.

central debe realizar a la familia durante un periodo determinado. Por ejemplo, el/la asistente social de la autoridad central del Cantón de Jura declara realizar como mínimo tres visitas durante el primer año, durante las cuales formula preguntas sobre la salud del niño adoptado (estado general de salud, desarrollo físico, motor y psicoafectivo, sueño, etc.) y, si surgen dificultades, propone estrategias para resolverlas.

En este caso, tampoco se ha previsto ninguna financiación específica para las consultas postadopción. Su evaluación también es casi inexistente.

### **C. Análisis de los resultados para el seguimiento médico postadopción en su conjunto**

**Observación 1:** en la mayoría de los países existe cierto seguimiento postadopción, pero su forma es muy heterogénea y muy raramente obligatoria.

**Propuesta 1:** después de la llegada del niño, debería realizarse rápida y sistemáticamente un chequeo médico para aclarar los puntos confusos, responder a los problemas urgentes y, de ser necesario, adaptar el seguimiento. Tras esta primera visita médica, deberían organizarse otras consultas, con una frecuencia variable según las necesidades, con el fin de seguir la evolución y el desarrollo del niño y brindar apoyo a la familia.

**Observación 2:** después de llegar a la familia adoptiva, el niño se integra rápidamente en su nuevo medio. Se proponen muy pocas consultas especializadas. Ahora bien, el niño adoptado tiene sus propias especificidades, al igual que la familia adoptiva. Por consiguiente, debe proponerse una atención particular tanto al niño como a la familia.

**Propuesta 2:** para responder a las especificidades del niño adoptado, es importante que especialistas participen en el seguimiento y que éste sea multidisciplinario para ofrecer al niño y a su familia un seguimiento global. Puesto que este procedimiento puede resultar costoso, complejo y largo de poner en práctica, sería más conveniente apoyarse en los recursos existentes para organizar verdaderas redes multidisciplinarias de profesionales especializados en la adopción (psicólogos, psiquiatras infantiles, asistentes sociales, pediatras y otros médicos). Estos últimos podrían servir de referentes a los que podrían dirigirse, en caso de necesidad, todos los actores que intervienen en el seguimiento de un niño adoptado –incluyendo a los médicos de familia y a los pediatras no especializados en adopción.

Este sistema permitiría racionalizar los recursos y ofrecer al mismo tiempo un seguimiento profesional, especializado, multidisciplinario, flexible y de proximidad. Además, gracias principalmente a la participación del médico de cabecera, con la colaboración puntual y específica de especialistas, este sistema permitiría el seguimiento del niño a largo plazo. La creación de estas redes permitiría, por otra parte, reforzar la formación del personal médico sobre las cuestiones relativas a la adopción mediante notas de información, conferencias, seminarios e incluso cursos de formación más completos que serían dispensados puntual o regularmente por los especialistas de la red. Estos ciclos de formación podrían además reforzarse mediante la elaboración de una guía sobre el seguimiento sanitario de los niños adoptados, destinada a ayudar a los pediatras y otros profesionales de salud, como la que existe actualmente en España.

## 6. CONCLUSIONES

---

Los resultados del estudio muestran que la preparación y el acompañamiento preadopción de los padres están bastante generalizados en los países de recepción. Aunque su organización difiere según el país, en la mayoría de los países se proponen reuniones y/o consultas colectivas y/o individuales, que son obligatorias en numerosos casos, durante las cuales se abordan las cuestiones relativas a la salud de los niños adoptados. En cambio, el acompañamiento médico de los niños y de los candidatos a la adopción después del emparentamiento en el país de origen es más aleatorio. En esta etapa, las familias suelen estar abandonadas a sí mismas en lo que atañe a los aspectos médicos de la adopción, incluso si son asesoradas por un OAA. Por su parte, el seguimiento médico postadopción, incluso a la llegada del niño, es bastante poco frecuente. Incluso si en la mayoría de los países existe cierta forma de seguimiento médico, prácticamente nunca es obligatorio y está muy poco especializado en materia de adopción.

Sin embargo, cabe señalar que el seguimiento de los niños y el acompañamiento de los candidatos a la adopción han mejorado considerablemente en los últimos años en la mayoría de los países. No obstante, en un contexto en que la adopción internacional atañe cada vez más a niños que presentan problemas médicos y en que las patologías son cada vez más graves, es preciso realizar mayores esfuerzos para integrar mejor el tema de la salud de los niños en todas las etapas, es decir antes, durante y después de la adopción. Cada país debería comprometerse con este fin en su propio territorio, por ejemplo, previendo consultas pre- y postadopción en sus leyes<sup>9</sup>.

La cooperación entre estados, conforme a lo previsto por el CLH-1993, es decir, la colaboración entre los diversos actores que intervienen en la adopción para la aplicación del Convenio, debería mejorarse en lo que atañe a los temas relacionados con la salud de los niños adoptados. Desafortunadamente, el estudio muestra que este principio se aplica raramente en la actualidad o que su aplicación es confusa. Por tanto, deberían mejorarse el proceso de intercambio de información relativa a la salud del niño y el proceso de acompañamiento de las familias en relación con este tema. Con este fin, República Dominicana realiza por ejemplo esfuerzos particulares ofreciendo a los candidatos a la adopción la posibilidad de llamar por teléfono a la Autoridad central si desean obtener precisiones sobre el expediente del niño que se les haya propuesto. De hecho, al proponerse un niño a los candidatos, se organizan regularmente conversaciones telefónicas con el médico de los candidatos a la adopción para hablar del diagnóstico.

Los profesionales de la adopción de todo el mundo podrían reflexionar sobre la conveniencia de desarrollar una colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Estados relativa a programas específicos sobre la "salud del niño", con el fin de mejorar la vigilancia sanitaria en los países concernidos. Teniendo en cuenta que la adopción permite tener acceso a información pertinente sobre la salud de los niños en los países de origen, esto podría contribuir a adaptar programas de asistencia humanitaria en los países de origen correspondientes. Obviamente, estos programas deben ser dirigidos por profesionales especializados en cooperación y estar totalmente separados de la adopción.

Por último, el estudio pone claramente de relieve la necesidad de estructurar aún más el conjunto salud-adopción, insistiendo en la fase comprendida entre el emparentamiento y la expedición del visado, que es la fase menos coordinada actualmente desde el punto de vista médico. Ahora bien, durante esa fase es crucial disponer de información médica completa. Por esta razón, se propone en los anexos un esquema tipo de buenas prácticas, para ayudar a los diversos actores implicados.

Desde el Convenio de La Haya, la adopción internacional ha registrado adelantos fulgurantes, en cuanto a su gestión y coordinación. Pero aunque es fundamental, este texto internacional es un texto jurídico. Por consiguiente, los profesionales del sector médico y social deben realizar ahora los esfuerzos necesarios para seguir progresando, tomando en cuenta las realidades contemporáneas de este tipo de parentesco tan particular.

---

<sup>9</sup> Las respuestas recibidas indican que las reuniones/consultas se organizan casi siempre en la práctica. Sólo Australia indica que están previstas por las leyes en algunas jurisdicciones.

## 7. Anexos

### A. La importancia de la salud del niño en el proceso de adopción: esquema tipo de buenas prácticas coordinadas por un OAA

Todas las personas *que deseen emprender* un procedimiento de adopción deben asistir a una **reunión colectiva de información** presentada por profesionales, durante la cual se aborda, entre otros, el tema de la salud de manera general (problemas de salud más frecuentes en los niños adoptados, niños con necesidades especiales, realidad sanitaria de los países de origen, etc.).



Todas las personas *que emprendan* un procedimiento de adopción deben asistir a **reuniones individuales de información preadopción**, destinadas a facilitarles información sanitaria más específica en función del proyecto de adopción de los candidatos, de su situación personal, de sus temores, etc.



El *emparentamiento* es realizado por un **equipo pluridisciplinario** compuesto por un asistente social, un psicólogo, un jurista y un médico<sup>12</sup>.



Al *proponerse un niño a los candidatos*, se propone una **explicación del expediente médico** por el médico del OAA u otro profesional de la salud para explicar a los futuros padres, con palabras claras, el historial médico del niño propuesto, sus perspectivas y si procede los tratamientos que haya que prever. Los candidatos disponen de un lapso de tiempo y de un acompañamiento suficientes para tomar consciencia de la complejidad de la situación y prever los aspectos prácticos logísticos. Esta etapa está sujeta a una ética estricta para evitar los riesgos de selección del “mejor niño posible”.



De ser necesario, el *expediente médico del niño se completa* gracias a una **buena colaboración médica** entre el OAA y sus interlocutores en el país de origen.



Si se encuentran en el país de origen para conocer al niño, los candidatos a la adopción se benefician del **acompañamiento sistemático de médicos locales** de confianza identificados por el OAA. Si procede, pueden realizarse exámenes complementarios.



Al *llegar el niño*, un **especialista realiza rápida y sistemáticamente un chequeo médico completo (físico y psicológico)** para aclarar los puntos confusos, responder a los problemas urgentes y, de ser necesario, adaptar el seguimiento.



En el país de recepción se organiza **una red multidisciplinaria de profesionales especializados en adopción** (psicólogos, pedopsiquiatras, asistentes sociales, pediatras y otros médicos) para proponer a las familias adoptivas consultas especializadas destinadas a *seguir la evolución y el desarrollo del niño* y, si procede, brindar apoyo a la familia.

La *decisión de adoptabilidad* del niño es tomada por un **equipo pluridisciplinario** compuesto por un asistente social, un psicólogo, un jurista y un médico bajo la responsabilidad de la autoridad central del país de origen<sup>10</sup>.



El *expediente médico* del niño es elaborado por un **profesional de la salud** en base al informe médico recomendado por la Conferencia de La Haya<sup>11</sup>. El expediente contiene información fiable y comprensible por todos.



Una **lista de los costes aceptables y de las tarifas oficiales** está a disposición de los candidatos en el país de origen.

El **médico del OAA**, el **especialista de la adopción** y el **médico de familia** aseguran el **relevo**.

<sup>10</sup> Art. 4 del CLH-1993 y § 324 de la Guía de Buenas Prácticas N°1 sobre la aplicación y el funcionamiento del CLH-1993

<sup>11</sup> Anexo 7-6 de la Guía de Buenas Prácticas N°1 sobre la aplicación y el funcionamiento del CLH-1993

<sup>12</sup> § 357 de la Guía de Buenas Prácticas N°1 sobre la aplicación y el funcionamiento del CLH-1993

## B. Lista de las personas u organismos que respondieron al cuestionario

<b>Alemania</b>	Bundesamt für Justiz - Bundeszentralstelle für Auslandsadoptionen (AC) Zentrum für adoptionen (OAA) Eltern für Afrika (OAA) familie international frankfurt
<b>Armenia</b>	Ministry of Labor and Social Affairs (AC)
<b>Australia</b>	Intercountry Adoption Branch (AC – Compilación de respuestas)
<b>Bélgica</b>	Ministère de la Communauté française de Belgique - Autorité centrale communautaire (AC Bélgica de habla francesa) Kind en Gezin (AC Flandres)
<b>Brasil</b>	CDJA – Comissão Estadual Judiciária de Adoção do Estado do Distrito Federal (AC del Distrito Federal)
<b>Chipre</b>	Ministry of Labour and Social Insurance – Social Welfare Services (AC)
<b>Dinamarca</b>	Department of family affairs (AC)
<b>Ecuador</b>	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (AC)
<b>Eslovaquia</b>	Centre for the International Legal Protection of Children and Youth (AC)
<b>España</b>	Ministerio de Sanidad y Política Social, Dirección General de Política Social, de las Familias y la Infancia, Subdirección General de Infancia (AC)
<b>Filipinas</b>	Inter-country Adoption Board (AC)
<b>Francia</b>	Agence Française de l'Adoption Consulta de Orientación y Consejo en Adopción (COCA por su sigla en francés) - COCA de Pau Dr. Jean-Jacques Choulot – - COCA de Marsella - COCA de París (Hospital Saint Vincent de Paul) Dr. Frédéric Sorge Dra. Fanny Cohen Herlem (psiquiatra asesora agregada al SSI/CIR – Compilación de respuestas)
<b>Irlanda</b>	Child Care Directorate (Interlocutor SSI)
<b>Italia</b>	Commissione per le adozioni internazionali (AC) Istituto pediátrico del Hospital Salesi Grupo di lavoro nazionale per il bambino immigrato d'Ancona e Novara
<b>Lituania</b>	Ministry of Social Security and Labour, Adoption Service (AC)

<b>Mónaco</b>	Direction de l'Action Sanitaire et sociale (AC)
<b>Nueva Zelanda</b>	Ministry of Social Development, Department of Child, Youth and Family Services (AC y Oficina afiliada del SSI)
<b>Portugal</b>	Departamento de Desenvolvimento Social, Unidade de Infância e Juventude, Sector da Adopção (AC)
<b>República Checa</b>	Office for International Legal Protection of Children (AC)
<b>República Dominicana</b>	Autoridad central para las adopciones internacionales
<b>Suecia</b>	Autoridad para la adopción internacional (MIA – AC)
<b>Suiza</b>	Autoridad central de adopción del cantón de Basilea Autoridad central de adopción del cantón de Jura Autoridad central de adopción del cantón de Lucerna Espace Adoption Fundación Terre des hommes – ayuda a la infancia (OAA) Isabelle Lammerant, Doctora en Derecho comparado, especializada en adopción
<b>Turquía</b>	General Directorate of Social Services, Child Protection Agency (AC)