

**Ana Belén Ruiz Jiménez.**

Enfermera del Centro de Salud de Valterra (Lanzarote).
Experta en el Manejo de la Diabetes Mellitus (Universidad de Barcelona).
Experta en Educación Terapéutica en Diabetes Mellitus (Universidad a distancia de Madrid).



Deportado y enfermo:

la historia que nadie quiere contar

Cada día, en las consultas de atención primaria y especializada, atendemos a personas con diabetes que cargan con mucho más que cifras de glucemia. Cargan con historias de ruptura, miedo, pérdidas y silencios. Entre ellas, hay una realidad poco visible: la de las personas deportadas que conviven con una enfermedad crónica como la diabetes.

Hablar de diabetes es hablar de cuidados continuos, seguimiento, educación y confianza. En el momento en que una persona con diabetes afronta la amenaza —o la realidad— de una deportación, la enfermedad deja de ser solo **un reto clínico** y se convierte en una **experiencia humana**, marcada por el miedo, la **incertidumbre** y la **ruptura** de todo lo conocido.

Cuando hablamos de deportación, ¿a qué nos referimos exactamente? La deportación es el proceso mediante el cual una persona es expulsada de un país por una decisión administrativa o judicial relacionada con su situación migratoria. Aunque a menudo se describe en términos legales, en la práctica supone una ruptura del **proyecto de vida** en la persona afectada. No se trata de un retorno voluntario, sino de una salida forzada que deja poco margen para preparar medicación, informes clínicos o garantizar la continuidad asistencial.

En Estados Unidos, muchas personas en proceso de deportación permanecen retenidas en centros de detención gestionados *Immigration and Customs Enforcement* (ICE). Estos centros no son hospitales, sino instalaciones de custodia donde la atención sanitaria se ofrece de forma limitada y condicionada al contexto de detención. Durante el proceso de deportación la atención sanitaria suele centrarse en la urgencia y en cubrir necesidades básicas, debido a que está condicionada por el contexto de **privación de libertad**, por criterios de seguridad y por la externalización de los servicios sanitarios a empresas contratadas, que no forman parte del sistema sanitario público.

Las personas con diabetes que se encuentran en estos centros pueden experimentar evaluaciones iniciales de salud incompletas o tardías, cambios bruscos en su tratamiento, retrasos en la administración de insulina, dificultades para acceder a controles glucémicos y limitaciones para adaptar la alimentación a sus necesidades. Por tanto, el paso por estos centros supone un período de descompensación de diabetes, cuyas consecuencias pueden prolongarse incluso después de la deportación.

Tras la deportación, la continuidad asistencial rara vez está asegurada. Muchas personas llegan al país de destino sin cobertura sanitaria, sin recursos económicos y sin infor-

mación clara sobre cómo acceder al sistema de salud local. Todo ello da lugar a estrés crónico, miedo e inseguridad los cuales influyen directamente en el control glucémico. La interrupción del tratamiento expone a un mayor riesgo tanto de complicaciones agudas como crónicas.

La diabetes no se controla solo con fármacos. Se controla con estabilidad, rutinas y acompañamiento.

Hoy en día, **la deportación debería entenderse como un determinante social de la salud**. Rompe vínculos terapéuticos y expone a las personas a sistemas sanitarios muy diferentes, a veces inexistentes o inaccesibles. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, la deportación condiciona:

- El acceso real a la atención sanitaria antes, durante y después del proceso.
- La seguridad económica y vivienda.
- La red de apoyo social y familiar.
- La capacidad de autocuidado, especialmente en personas con enfermedades crónicas como la diabetes.
- La salud mental, aumentando el riesgo de ansiedad, depresión y estrés postraumático.

Ignorar la deportación como determinante social de la salud es dar la espalda a una realidad que existe fuera de las consultas, pero que condiciona profundamente lo que ocurre dentro de ellas. Tendemos a pensar que la deportación pertenece a las noticias que vemos en televisión o en las redes sociales, algo ajeno y lejano, que les sucede a otros. Sin embargo, **la deportación está mucho más cerca de lo que creemos**.

Puede formar parte de la historia de una persona adulta a la que atendemos, donde su salud o enfermedad se ha visto afectada o incluso agravada por la interrupción de los tratamientos y la falta de continuidad asistencial. Pero también afecta a niños con diabetes que, de un día para otro, quedan separados de sus padres, convertidos en huérfanos administrativos de un sistema que no siempre mide las consecuencias humanas de sus decisiones, y para quienes la estabilidad, »

**LA DIABETES
NO SE CONTROLA
SOLO CON
FÁRMACOS.
SE CONTROLA
CON ESTABILIDAD,
RUTINAS
Y ACOMPAÑAMIENTO**

**TRAS LA DEPORTACIÓN, LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL RARA VEZ
ESTÁ ASEGURADA. MUCHAS PERSONAS LLEGAN AL PAÍS
DE DESTINO SIN COBERTURA SANITARIA, SIN RECURSOS ECONÓMICOS
Y SIN INFORMACIÓN CLARA SOBRE CÓMO ACCEDER AL SISTEMA DE SALUD LOCAL**



» la rutina y el acompañamiento familiar son esenciales para el control de su enfermedad.

Reconocer la deportación es un paso imprescindible para avanzar hacia una **atención sanitaria más justa, equitativa y verdaderamente humana**, una atención que tenga en cuenta cómo los procesos sociales y legales atraviesan la vida de las personas con diabetes y que no deje fuera a quienes ya se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad.

Desde el ámbito sanitario, tenemos un papel clave. No solo como proveedores de cuidados, sino como profesionales capaces de **“mirar más allá del diagnóstico”** y comprender el contexto vital de cada persona.

“La deportación nos coloca frente a una realidad difícil”: que una orden administrativa puede romper una vida, una familia o un proyecto, pero no interrumpe una enfermedad crónica. La diabetes sigue ahí, cada día, incluso cuando se pierde el hogar, el tratamiento o la estabilidad, y el miedo impide pedir ayuda. Es necesario entender que, detrás de cada deportación, hay

cuerpos que siguen enfermando y personas que siguen necesitando cuidados.

Por tanto, no solo como profesionales sanitarios, sino también como personas, en nuestras intervenciones es fundamental **escuchar sin juzgar**, adaptar la educación terapéutica de forma **clara, breve y comprensible**, y preguntar de manera directa por las dificultades reales para acceder a la medicación o al material necesario. Crear espacios de confianza y seguridad resulta tan importante como cualquier ajuste farmacológico. **A veces, el gesto más terapéutico es simplemente decir: «Estoy aquí para ayudarte».** **D**

Este artículo se apoya, además de en la evidencia disponible, en el testimonio real de una persona con diabetes atendida en Atención Primaria, que ha vivido un proceso de deportación desde Estados Unidos y que actualmente reside en Canarias.

Su experiencia permite poner rostro a una realidad poco visible, pero con un impacto claro en la salud.

CONCLUSIONES

1. La deportación supone una grave ruptura en el manejo de la diabetes.
2. La interrupción del tratamiento aumenta el riesgo de complicaciones.
3. El estrés y la vulnerabilidad social influyen negativamente en el control metabólico.
4. La atención sanitaria debe ser integral, humana y culturalmente sensible.
5. Garantizar el acceso a la atención sanitaria es una cuestión de salud pública y derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- World Health Organization. Social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2023.
- 2.- Hill-Briggs F, Adler NE, Berkowitz SA, Chin MH, Gary-Webb TL, Navas-Acien A, et al. Social determinants of health and diabetes: a scientific review. *Diabetes Care*. 2021;44(1):258–279.
- 3.- American Diabetes Association. Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2025;48(Suppl 1).
- 4.- Hargreaves S, Abubakar I, Friedland JS. Migration and health: a complex relationship. *Lancet*. 2018;392(10164):2606–2607.
- 5.- Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. The impact of immigration and deportation on health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:229–244.
- 6.- Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health*. 2012;22(2):267–271.
- 7.- Pérez-Molina JA, López-Vélez R, Navarro M, Norman F. Enfermedades crónicas y migración: retos en la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2020;155(5):215–220.