



Preparación y respuesta

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

Julio 2026

La contención del ébola en África Central y Occidental: la ayuda al desarrollo, la respuesta a brotes epidémicos y el contraejemplo de 2026

Este informe de estudio de caso es un análisis comparativo de cuatro brotes de enfermedad por el virus del Ébola Zaire/Bundibugyo en la República Democrática del Congo (RDC) y África Occidental (2012, 2014-2016, 2018-2020, 2026), evaluados en relación con los mecanismos financiados por la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) vigentes en el momento de cada evento.

Este informe explora la relación entre la **Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) y los resultados epidémicos a lo largo de cuatro brotes de ébola** que abarcan más de una década, todos ellos relacionados con la misma familia de virus. En lugar de asumir una narrativa de causa y efecto única, el objetivo es comprender los **mecanismos a través de los cuales la vigilancia epidemiológica y la investigación financiadas por la AOD se traducen en una detección más rápida y**

una transmisión contenida, y qué ocurre con esos mecanismos cuando la financiación se reduce o se retira. La pregunta subyacente es **cómo pueden utilizarse los recursos de la AOD con la máxima eficacia, qué inversiones en seguridad sanitaria ofrecen mayor protección por dólar comprometido y qué riesgos surgen cuando se recortan**. El enfoque es comparativo: para cada brote, analizamos la financiación comprometida, la respuesta que

AUTORAS:

Clara del Olmo Suárez-Llanos, Claudia García-Vaz y Elizabeth Diago Navarro*

* Clara del Olmo Suárez-Llanos es técnica de Análisis de Políticas y Claudia García-Vaz, la coordinadora de Análisis de Políticas, ambas en el departamento de Análisis de Políticas, Incidencia y Desarrollo de ISGlobal. Elizabeth Diago-Navarro es la coordinadora del hub de Preparación, Respuesta, Recuperación y Resiliencia de ISGlobal. Todas las autoras han contribuido equitativamente a la publicación.

permitió y el resultado que produjo, de modo que los cuatro episodios puedan leerse conjuntamente en lugar de como historias separadas. Hemos elegido cuatro episodios para ilustrar la comparación:

- **RDC (Isiro, Province Orientale), 2012** (virus del ébola/Bundibugyo): un brote pequeño y rápidamente contenido de la misma especie rara de ébola, sin vacuna, que circula actualmente en 2026; el comparador histórico más relevante para el evento actual.
- **África Occidental 2014-2016** (virus del ébola/Zaire): el mayor brote de ébola de la historia; el caso que contribuyó a la moderna arquitectura de seguridad sanitaria mundial financiada por la AOD.
- **RDC (Kivu/Ituri), 2018-2020** (virus del ébola/Zaire): el segundo mayor brote registrado antes de 2026; combatido en una zona de conflicto activo mediante el primer despliegue a gran escala de la vacunación en anillo.
- **RDC (Ituri/North Kivu) y Uganda, 2026** (virus del ébola/Bundibugyo, en curso): presentado aquí no como una historia de éxito, sino como la consecuencia documentada de la retirada de la financiación de la AOD, que se produce en el mismo país, con la misma especie vírica rara y en provincias solapadas.

1. El brote de ébola/Bundibugyo en Isiro, RDC, 2012

“Este es el “éxito invisible” del estudio de caso en su forma más pura. El brote se contuvo antes de que pudiera generar cobertura informativa internacional, lo que significa que la infraestructura que hizo posible la contención no recibió ningún reconocimiento político por la crisis que evitó.”

El brote de 2012 en la RDC es el comparador histórico más importante para comprender la crisis de 2026, y la ilustración más clara de cómo se ve desde fuera una infraestructura de vigilancia financiada por la AOD que funciona correctamente: en silencio. Causado por el virus del ébola/**Bundibugyo** (una especie identificada por primera vez en Uganda en 2007 para la que no existe vacuna ni tratamiento aprobados), el brote fue detectado en agosto de 2012, confirmado en cuestión de días y declarado finalizado el 21 de noviembre de 2012. Con un **total de 59 casos** (38 confirmados, 21 probables) y 34 muertes, tuvo una tasa de letalidad de aproximadamente el 58%, coherente con la letalidad establecida del patógeno.¹

No fue necesaria ninguna campaña de recaudación de fondos de emergencia porque ninguna de las infraestructuras utilizadas en la respuesta tuvo que construirse desde cero. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) habían mantenido presencia sobre el terreno en la RDC mediante programas bilaterales de AOD en curso y, como los investigadores del Instituto de Investigación de Virus de Uganda habían caracterizado el virus del ébola Bundibugyo durante el brote original de 2007, una experiencia virológica especializada estuvo presente de inmediato, sin las semanas de incertidumbre diagnóstica que normalmente impondría un patógeno nuevo. De forma reveladora, nunca se publicaron cifras desagregadas de AOD de emergencia para este evento,

¹ World Health Organization. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. May 16, 2026. Accessed July 2, 2026. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602>

precisamente porque no se activó ninguna movilización de fondos de emergencia.²

El equipo de respuesta fue, en consecuencia, compacto. Una unidad de laboratorio de campo de los CDC llegó a la zona de salud de Isiro en cuestión de días tras el informe inicial, la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) aportó apoyo epidemiológico, el Instituto de Investigación de Virus de Uganda (UVRI) proporcionó su experiencia en filovirus, y la OMS y el Ministerio de Salud de la RDC coordinaron la respuesta sobre el terreno mientras *Médecins Sans Frontières* (MSF) se encargaba de la gestión clínica. El rastreo de contactos comenzó a los pocos días de la confirmación.¹ Los organismos implicados —CDC (laboratorio de campo), PHAC, el UVRI, la OMS, el Ministerio de Salud de la RDC y MSF— formaron un equipo especializado unido en lugar de una movilización a gran escala.

Este es el “éxito invisible” del estudio de caso en su forma más pura. El brote se contuvo antes de que pudiera generar cobertura informativa

internacional, lo que significa que la infraestructura que hizo posible la contención no recibió ningún reconocimiento político por la crisis que evitó. Esa asimetría entre el coste visible y el beneficio invisible es el hilo que une el silencioso éxito de 2012 con el muy ruidoso brote de 2026. Vale la pena reflexionar sobre por qué esa asimetría importa más allá de este único brote. El gasto en prevención de este tipo raramente produce una inauguración o un titular; su retorno se manifiesta como una ausencia, un brote que se mantuvo en 59 casos en lugar de convertirse en una emergencia regional. **Los presupuestos de desarrollo no están bien contruidos para recompensar las ausencias, que es precisamente por qué este tipo de inversión en AOD es crónicamente vulnerable a ser leída como un ahorro en lugar de como un seguro.** Los brotes posteriores, descritos a continuación, muestran la evolución de la AOD y la respuesta a los brotes a lo largo del tiempo, proporcionando información clave sobre los sistemas existentes y los factores que pueden determinar el éxito o el fracaso de una respuesta.

2. El brote de ébola/Zaire en África Occidental, 2014-2016

“La contención reactiva a la escala que requirió África Occidental no es una alternativa barata a la prevención; es una muy costosa que llega después de los hechos en lugar de antes.”

El mayor brote de ébola de la historia. La epidemia tuvo lugar entre 2014 y 2016 en Guinea, Liberia y Sierra Leona, y provocó **más de 28.600 casos y más de 11.300 muertes.**³ A lo largo del brote, los casos se extendieron a otros siete países: Italia, Mali, Nigeria, Senegal, España, el Reino Unido y Estados Unidos. Las medidas

de contención movilizaron las mayores inversiones de AOD en la historia de la enfermedad.

La financiación se movilizó a una escala acorde con la crisis. De los 5.400 millones de dólares que Estados Unidos había comprometido en diciembre de 2014⁴, solo 3.700 millones (el 69%) salieron realmente

² CDC. Ebola Outbreak: Current Situation. Ebola. June 26, 2026. Accessed July 2, 2026. <https://www.cdc.gov/ebola/situation-summary/index.html>

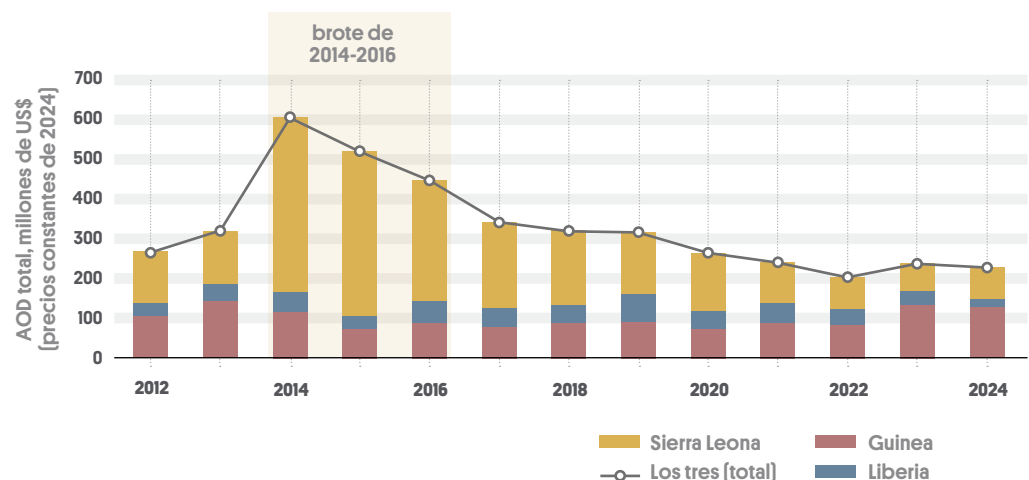
³ CDC. History of Ebola Outbreaks. Ebola. June 4, 2026. Accessed July 2, 2026. <https://www.cdc.gov/ebola/outbreaks/index.html>

⁴ Dahl BA. CDC's Response to the 2014–2016 Ebola Epidemic — Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *MMWR Suppl.* 2016;65. doi:10.15585/mmwr.su6503a3

del país como asistencia internacional: la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Departamento de Estado recibieron conjuntamente unos 2.500 millones de dólares, de los cuales 1.600 millones se destinaron a actividades de respuesta al brote, incluidos 411,6 millones para 131 proyectos de recuperación, y 73,9 millones se canalizaron directamente a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los CDC de Estados Unidos recibieron 1.200 millones de dólares para sus propios trabajos de preparación y respuesta internacionales. Además, la propia respuesta de la OMS al ébola recaudó más de 370 millones de dólares en donaciones.⁵ El Reino Unido comprometió 230 millones de libras a través de su Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID), la mayor parte destinada a Sierra Leona, y la Comisión Europea y sus estados miembros movilizaron conjuntamente más de 1.800 millones de euros.⁵

En términos generales, los flujos de financiación convergieron en una tendencia alcista de la AOD para los principales países afectados por la epidemia: la ayuda bilateral combinada para Guinea, Liberia y Sierra Leona de todos los donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) se duplicó entre 2013 y 2015, principalmente a expensas de los dos últimos países, impulsada en gran medida por las contribuciones de EE. UU. (a los tres receptores) y el Reino Unido (a Sierra Leona), antes de caer rápidamente tras el fin del brote. La **Figura 1** muestra que la misma forma de ascenso y caída se mantiene cuando el foco se estrecha a solo tres donantes europeos —Francia, Alemania y el Reino Unido, los mayores donantes europeos y aquellos cuya financiación del sector sanitario se redujo más— y que el descenso no se detuvo cuando terminó el brote: la financiación siguió cayendo mucho más allá del período inmediatamente posterior, y aún más durante los años previos a 2026.

FIGURA 1.
Desembolsos de AOD
bilateral a Guinea, Liberia
y Sierra Leona, solo de
Francia, Alemania y el
Reino Unido, ampliados
hasta 2024.



Fuente: OECD.Stat, Sistema de Notificación de Acreedores (CRS), desembolsos, millones de USD constantes de 2024. Donantes cubiertos: Francia, Alemania, Reino Unido. Extraído el 13 jul. de 2026.

En cuanto al despliegue de recursos, los CDC de EE. UU. desplegaron más de 1.400 profesionales solo en el primer año, el Departamento de Defensa de EE. UU. (DoD) envió unos 3.000 militares, la Unión Africana añadió 196 profesionales de salud

pública nigerianos, y MSF pasó de aproximadamente 60 trabajadores en terreno en las dos primeras semanas a más de 1.000 a finales de año.⁵ En conjunto, la respuesta abarcó todos los niveles del sistema mundial de seguridad sanitaria: la OMS y UNICEF

⁵ World Health Organization. *Building the Legacy of Ebola*. 2017. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/ebola-response-report-2016.pdf>

en el plano técnico, el Banco Mundial detrás de la financiación, USAID, los CDC, el DoD de EE. UU. y el DFID del Reino Unido asumiendo la carga bilateral, la UE y ECHO (Operaciones Europeas de Protección Civil y Ayuda Humanitaria) trabajando junto a la Unión Africana como capa regional, y MSF, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) y *Save the Children* aportando capacidad de primera línea y comunitaria.

Lo que logró la financiación queda claro en lo que produjo: una mejor coordinación de la respuesta, mejora de la vigilancia, capacidad de laboratorio, rastreo de contactos y control de

infecciones en las unidades de tratamiento del ébola y en los centros de atención sanitaria. **Es también la prueba histórica más clara de que la vía de exposición europea es real, pero que puede cerrarse.** Cientos de personal humanitario y militar de la UE/EEE (Espacio Económico Europeo) fueron desplegados en los tres países más afectados (Guinea, Liberia y Sierra Leona), situándose en la vía de exposición; sin embargo, solo diez casos fueron confirmados en la UE.⁶ **Esa contención, a pesar de la exposición directa y sostenida, es lo que esta movilización de recursos logró realmente.**

3. El brote de ébola/Zaire en las provincias de Kivu e Ituri de la RDC, 2018-2020

“El éxito, en este caso, no significó financiación adecuada; significó que la vacunación en anillo fue suficientemente eficaz para compensar el déficit persistente.”

El segundo mayor brote de ébola de la historia se desarrolló en circunstancias excepcionalmente difíciles. Durante casi dos años, más de 3.400 personas fueron infectadas y más de 2.280 murieron de ébola³ en una zona de conflicto activo donde la desconfianza hacia las instituciones públicas era profunda y los equipos de respuesta eran atacados repetidamente. La contención debería haber fracasado, pero no lo hizo. No porque las condiciones mejoraran, sino porque una herramienta específica financiada por la AOD, **la vacunación en anillo —una estrategia de salud pública para detener la propagación de una enfermedad infecciosa vacunando solo a las personas con mayor probabilidad de contraerla— había sido perfeccionada lo suficiente para 2018 como para**

desplegarse a gran escala por primera vez, y fue capaz de contener la propagación hacia Ruanda y Uganda.

La tendencia de financiación refleja una operación construida y reconstruida a medida que evolucionaba: se movilizaron aproximadamente 734 millones de dólares entre agosto de 2018 y diciembre de 2019, llegando a cerca de 1.000 millones cuando la OMS declaró el fin del brote en junio de 2020. EE. UU., a través de USAID, fue el mayor donante bilateral con más de 340 millones de dólares, mientras que los CDC aportaron 37 millones procedentes de créditos de emergencia sobrantes de la respuesta 2014-2015,⁷ un recordatorio de que **la financiación comprometida para un brote puede seguir utilizándose años después.** El

⁶ European Centre for Disease Control. *Annual Epidemiological Report for 2016: Ebola and Marburg Fevers*. 2018.

⁷ Salaam-Blyther T, Arieff A. Ebola Outbreaks in the Democratic Republic of Congo: Emergencies or Enduring Threat? Published online September 10, 2020.

Banco Mundial aportó 170 millones de dólares, el Reino Unido 78 millones y la UE 52 millones. La OMS, que buscaba 570 millones de dólares para su propia respuesta de salud pública y su labor de preparación regional, recibió en última instancia 276 millones.⁷ Esta última cifra merece reflexión. Incluso el organismo multilateral que lideró la respuesta, considerada hoy un éxito de contención, estaba infrafinanciado durante el brote, reuniendo menos de la mitad de su financiación objetivo. El éxito, en este caso, no significó financiación adecuada; significó que **la vacunación en anillo fue suficientemente eficaz para compensar el déficit persistente.**

Sobre el terreno, la OMS desplegó más de 1.500 empleados internacionales junto a unos

16.000 trabajadores de primera línea locales, y en las primeras etapas la OMS, MSF, la FICR y el Cuerpo Médico Internacional movilizaron conjuntamente más de 500 efectivos.

El coste humano de operar en una zona de conflicto fue alto, ya que casi 100 trabajadores sanitarios fueron asesinados o heridos en cientos de ataques a instalaciones sanitarias.⁷

Los organismos implicados (la OMS, la MONUSCO —Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en la RDC—, UNICEF, el Cuerpo Médico Internacional, el Banco Mundial, USAID/DART —Equipo de Respuesta a Desastres—, los CDC, el Ministerio de Salud de la RDC, MSF y la FICR) tuvieron que superponer el trabajo de salud pública a las operaciones activas de mantenimiento de la paz y seguridad.

En este caso, los científicos ya conocían el virus; **lo que se interpuso en el camino de la contención fue el conflicto armado y la desconfianza pública en el gobierno y la comunidad científica, en lugar de una brecha diagnóstica.**

La financiación internacional generó ganancias exponenciales al proporcionar una preparación y coordinación operativa más sólidas, vigilancia de laboratorio, mejora de la prevención y el control de infecciones en las instalaciones sanitarias, rastreo de contactos, agua potable y saneamiento. Sin embargo, **la medida más eficaz fue una campaña de vacunación en anillo que llegó a más de 300.000 personas con la vacuna experimental rVSV-ZEBOV, posteriormente autorizada como Ervebo**, con una segunda vacuna aprobada posteriormente por las autoridades de la RDC.⁷ Reconociendo que los productos sanitarios por sí solos no superarían la desconfianza comunitaria, los donantes también financiaron una participación comunitaria específica, combinando mensajes sobre el ébola con iniciativas de salud y seguridad alimentaria para reconstruir el apoyo local a la respuesta. Del brote surgieron dos lecciones. En primer lugar, **la inversión en investigación sanitaria y desarrollo de nuevas vacunas solo se convierte en una herramienta operativa cuando va acompañada de una infraestructura de vigilancia suficientemente precisa para encontrar contactos**, y cada elemento pierde gran parte de su valor sin el otro. En segundo lugar, **la vacunación en anillo no surgió de la nada en 2018. Fue el fruto de años de investigación financiada por la AOD sin un plazo fijo ni una forma garantizada de demostrar su eficacia**; el tipo de inversión que es fácil de aplazar precisamente porque sus rendimientos parecen inciertos, hasta que dejan de serlo.

4. El brote de ébola/ Bundibugyo en la RDC y Uganda, 2026

“Lo que convierte el brote actual en un contraejemplo más que en una simple tragedia es el vínculo documentado entre los recortes de AOD de 2025 y la escala de lo que siguió”

El 5 de mayo de 2026, la OMS fue alertada de un grupo de enfermedades de alta mortalidad, incluidas muertes entre trabajadores sanitarios en las zonas de salud de Mongbwalu y Rwampara, en la provincia de Ituri, RDC. El virus **Bundibugyo** fue confirmado el 15 de mayo. Este fue el 17º brote de ébola en la RDC desde 1976. Uganda confirmó un caso importado la misma semana.³ La OMS declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (PHEIC, por sus siglas en inglés) el 17 de mayo, solo la octava declaración de este tipo desde la adopción del marco en 2005.¹

El 29 de junio, la RDC ya había registrado 1.333 casos confirmados y 399 muertes; Uganda tenía 20 casos confirmados y dos muertes; y Francia tuvo un caso confirmado, un trabajador humanitario de la salud que regresó a casa y fue sometido a seguimiento.² **La trayectoria implícita en los modelos es lo que hace que este brote sea diferente en naturaleza, no solo en escala.** El modelado de escenarios de los CDC muestra que con solo el 20% de los pacientes aislados con éxito y sin intervenciones adicionales, hay un 65% de probabilidad de que el brote supere los 20.000 casos en tres meses, lo que lo convertiría en el mayor brote de Bundibugyo con diferencia, y entre los mayores brotes de la familia del ébola jamás registrados.⁸

Múltiples grupos independientes de modelización citados por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) sugieren que **el tamaño real del brote es mayor de lo notificado**, y uno de ellos estima que las infecciones acumuladas reales podrían ser ya 3-10 veces el recuento de casos confirmados notificados.⁹ Se cree que en este brote hubo lapsos muy prolongados entre la primera infección y la identificación del brote. **Algunos modelos estiman que podría haber comenzado ya en febrero de 2026.**¹⁰ Estos datos apuntan a graves dificultades de **vigilancia**. En esta ocasión, el brote afronta graves desafíos, como los que tuvo la respuesta de 2018-2020: conflicto activo en curso en la región y desconfianza comunitaria generalizada, incluidos ataques a la comunidad sanitaria.¹¹

La respuesta internacional ha sido sustancial. El 17 de junio, durante la reunión del G7, se adquirieron varios compromisos para apoyar la respuesta de emergencia al brote de ébola de 2026.¹² EE. UU. desplegó más de 370 millones de dólares en recursos sanitarios y humanitarios y ha comprometido 500 millones adicionales para los esfuerzos de respuesta al ébola. La UE ha aportado 493 millones de euros en ayuda de emergencia, vacunas, tratamiento y seguridad sanitaria

8 Eric Q. Mooring S, William T. Koval P, Isobel Routledge P, et al. Modeled Scenario Projections for the Ebola Disease Outbreak Caused by Bundibugyo Virus, 2026. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2026;75. doi:10.15585/mmwr.mm7522e1

9 Overview of available modelling evidence to inform the scale and potential spread of Bundibugyo virus in the current Ebola disease outbreak. June 17, 2026. Accessed July 2, 2026. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/overview-available-modelling-evidence-inform-scale-and-potential-spread>

10 Update on Ebola Outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda, 6/5/2026 | CDC Newsroom. Accessed July 2, 2026. <https://www.cdc.gov/media/releases/2026/update-on-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-6-5-2026.html>

11 Haq Z ul. Ebola control is weakened by mistrust and cultural insensitivity. *BMJ.* 2026;394:e100190. doi:10.1136/bmj-2026-100190

12 G7 Group. *Leader's Call for a Coordinated Response to the Bundibugyo Ebola Outbreak.* 2026. <https://www.consilium.europa.eu/media/vyfn35cx/leaders-call-for-a-coordinated-response-to-the-bundibugyo-ebola-outbreak.pdf>

en la región de los Grandes Lagos y Uganda. Esto incluye 84 millones de euros en ayuda humanitaria inmediata, financiación para el desarrollo y la investigación en respuesta al brote. La Unión Africana ha puesto en marcha el Plan Continental de Preparación y Respuesta, que está movilizand 518 millones de dólares para apoyar a los países africanos en la preparación, detección rápida y respuesta al brote.¹²

Sumando los compromisos de EE. UU., la UE y la Unión Africana, se prometieron aproximadamente 1.900 millones de dólares en unas seis semanas tras la declaración de emergencia de la OMS, **una movilización más rápida que la que lograron las respuestas de 2014-2016 o 2018-2020 en sus primeros meses.** Esa velocidad es en sí misma un dato. Muestra que el reflejo institucional de financiar una emergencia declarada está intacto y es rápido; **lo que se había desmantelado era la**

financiación más lenta y menos visible que podría haber evitado que se declarara la emergencia en primer lugar.

El papel documentado de los recortes de AOD de 2025

Lo que convierte el brote actual en un contraejemplo más que en una simple tragedia es el vínculo documentado entre los recortes de AOD de 2025 y la escala de lo que siguió. Parte de la financiación retirada se ha redirigido desde entonces a un nuevo acuerdo «América Primero» entre el Departamento de Estado de EE. UU. y la RDC, que desembolsará 900 millones de dólares en los próximos cinco años, en condiciones diferentes a las de la financiación para la preparación que sustituye. La magnitud de los recortes previos sorprende en cifras brutas:

Flujo de financiación	Antes	Tras los recortes
Ayuda exterior de USAID a la RDC	~1.200 millones de dólares [año fiscal 2024]	~715 millones de dólares en el año fiscal 2025 ¹³
Ayuda exterior del HHS [Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.] a la RDC	~33 millones de dólares [año fiscal 2024]	<10 millones de dólares [año fiscal 2025] ¹³

En términos proporcionales, la tabla anterior describe **algo más parecido a un precipicio que a una pendiente.** La financiación de USAID a la RDC cayó aproximadamente un 40% durante el año fiscal 2025 en su conjunto, de 1.200 millones a 715 millones de dólares. Esa media, sin embargo, oculta lo desigualmente que se distribuyó el descenso a lo largo del año: si el total del año fiscal 2024 se hubiera mantenido simplemente al mismo nivel cada trimestre, cada trimestre del año fiscal 2025 habría recibido unos 300 millones de dólares. El último trimestre del año fiscal 2025 solo recibió 67 millones de dólares, una caída de

aproximadamente el 78% respecto a esa línea de base de ritmo constante. La financiación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de EE.UU. a la RDC cayó al menos un 70% en el mismo período.

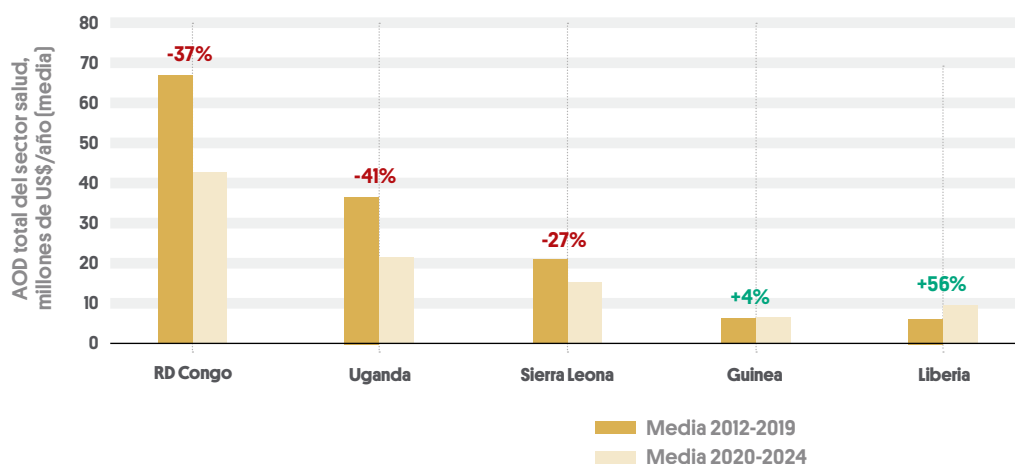
Este patrón no se limita a Estados Unidos. La AOD combinada del sector sanitario de **Francia, Alemania y el Reino Unido** para los mismos cinco países afectados por brotes también cayó, de una media de 137 millones de dólares anuales en 2012-2019 a 95 millones anuales en 2020-2024, un descenso del 31% (Figura 2) —una

¹³ Payne D. Trump's cuts to foreign aid are undermining the Ebola response, insiders say. STAT. May 19, 2026. Accessed July 2, 2026. <https://www.statnews.com/2026/05/19/us-aid-cuts-hamper-drc-ebola-response/>

versión más suave de la misma retirada documentada para USAID y HHS, que afecta a cuatro de los cinco países de esta comparación. Parte de este descenso coincide con la pandemia de COVID-19, cuando los gobiernos donantes se enfrentaron a prioridades sanitarias domésticas y mundiales en competencia. Pero los datos año a

año no apuntan solo al COVID-19. El propio año 2020 no muestra un pico ni una caída inusuales, y la caída más pronunciada se produce en 2021 y continúa hasta 2024, mucho después de la fase aguda de la pandemia, lo que sugiere un cambio más duradero en las prioridades de los donantes en lugar de un efecto pandémico temporal.

FIGURA 2.
AOD total del sector sanitario a los cinco países afectados por brotes, de Francia, Alemania y el Reino Unido combinados, promedio 2012-2019 frente a promedio 2020-2024.



Fuente: OECD.Stat, Sistema de Notificación de Acreedores (CRS), desembolsos, millones de USD constantes de 2024. Donantes cubiertos: solo Francia, Alemania y Reino Unido (no toda Europa). Extraído el 13 jul. de 2026.

El momento de esa caída concentrada importa, porque las estimaciones de modelización independiente sitúan el verdadero inicio del brote en febrero de 2026 como muy pronto, lo que significa que **la fase más pronunciada de la retirada de financiación coincidió directamente con los meses en los que se cree que el brote se estaba propagando silenciosamente sin detectarse**. Conviene ser preciso sobre lo que esa coincidencia demuestra y lo que no; la cronología por sí sola no es prueba de que uno causara el otro, y el Departamento de Estado de EE. UU. refuta la afirmación causal de plano. Lo que puede afirmarse, con mayor modestia, es que esa coincidencia es exactamente lo que un argumento sobre

la financiación de la vigilancia predeciría si el argumento fuera correcto.

Junto a ese panorama cuantitativo existe uno cualitativo. Dennis Carroll, ex director del programa de Amenazas Pandémicas Emergentes de USAID, afirmó que la infraestructura que USAID y los CDC construyeron en la región había permitido detectar los brotes “mucho más rápidamente” y que el apoyo que la sustentaba desapareció.¹⁴ El Comité Internacional de Rescate informa de que la financiación estadounidense para su labor de preparación ante brotes en el este de la RDC “terminó en marzo de 2025”;¹⁵ y exfuncionarios de USAID dijeron a la CNN que “casi todos” los miembros del equipo de USAID

¹⁴ Rascoe A, Mistich D, Douglas D. How funding cuts to USAID are impacting the Ebola outbreak in DR Congo. *NPR*. May 24, 2026. Accessed July 2, 2026. <https://www.npr.org/2026/05/24/nx-s1-5830015/how-funding-cuts-to-usaid-are-impacting-the-ebola-outbreak-in-dr-congo>

¹⁵ Ebola outbreak in DRC: What to know and how to help | The IRC. Accessed July 2, 2026. <https://www.rescue.org/article/ebola-outbreak-drc-what-know-and-how-help>

que gestionó el anterior brote de ébola de 2025 en Uganda habían sido despedidos cuando comenzó el brote de 2026.¹⁶ También se informa de que la formación para identificar y responder

a enfermedades emergentes se ha visto afectada por los recortes. Todas estas afirmaciones han sido rebatidas por el Departamento de Estado de EE. UU.¹⁷

5. Los cuatro brotes en perspectiva conjunta

“El problema es que “no pasó nada” es indistinguible, en términos presupuestarios, de “nada estaba en riesgo”. La inversión que evitó una crisis y la inversión que simplemente no era necesaria parecen idénticas en la contabilidad, que es precisamente por qué la primera sigue siendo recortada.”

La comparación entre los brotes de 2012 y 2026 en la RDC es lo más parecido a un experimento controlado que la historia de las epidemias tiende a producir. El mismo virus, la misma tasa de letalidad —el patógeno no ha cambiado. Lo que cambió fue la infraestructura disponible cuando emergió, y la diferencia en el resultado no es cuestión de grado. Tres meses de propagación no detectada en 2026 frente a semanas de detección en 2012 es la diferencia entre un sistema que funcionaba y un sistema que había sido dismantelado.

La epidemia de África Occidental de 2014-2016 fue la que estableció la infraestructura que hizo posibles las respuestas posteriores. Antes de convertirse en una emergencia de salud pública, fue un fracaso infraestructural debido a las lagunas en la vigilancia y a los sistemas sanitarios de los tres países afectados, que no estaban contruidos para detectar y contener una nueva fiebre hemorrágica. Los miles de millones movilizados en respuesta produjeron la moderna arquitectura de seguridad sanitaria mundial financiada por la AOD, y dejaron constancia de la vía de exposición europea cuando diez casos llegaron al territorio de la UE/EEE a pesar del pleno peso de

la contención internacional. La vía fue interrumpida, pero el coste de interrumpirla de forma reactiva, en lugar de prevenirla antes de que el problema llegara, fue extraordinario.

El brote de la RDC de 2018-2020 puso a prueba esa arquitectura en las peores condiciones posibles: conflicto armado activo, ataques a instalaciones sanitarias y profunda desconfianza comunitaria hacia las autoridades sanitarias. Resistió, imperfectamente. Principalmente, resistió gracias a la vacunación en anillo, producto de una década de investigación y desarrollo financiados por la AOD, que se desplegó a gran escala por primera vez y limitó demostrablemente la transmisión, impidiendo la propagación hacia Ruanda y Uganda. Lo que este episodio estableció es que la inversión de la AOD en I+D sanitario se traduce en herramientas operativas, y que esas herramientas funcionan cuando la infraestructura de vigilancia es suficientemente precisa para identificar contactos. Si se elimina cualquiera de los dos elementos, el otro pierde gran parte de su valor.

El brote de 2012 en la RDC precede a todas estas crisis y casi nunca se menciona, lo que en sí mismo es la

¹⁶ Not for Sale. Ebola Outbreak in DRC: A Public Health. Not For Sale. June 13, 2026. Accessed July 2, 2026. <https://wearenotforsale.org/human-trafficking/first-outbreak-post-usaid-era-ebola-drc-2026/>

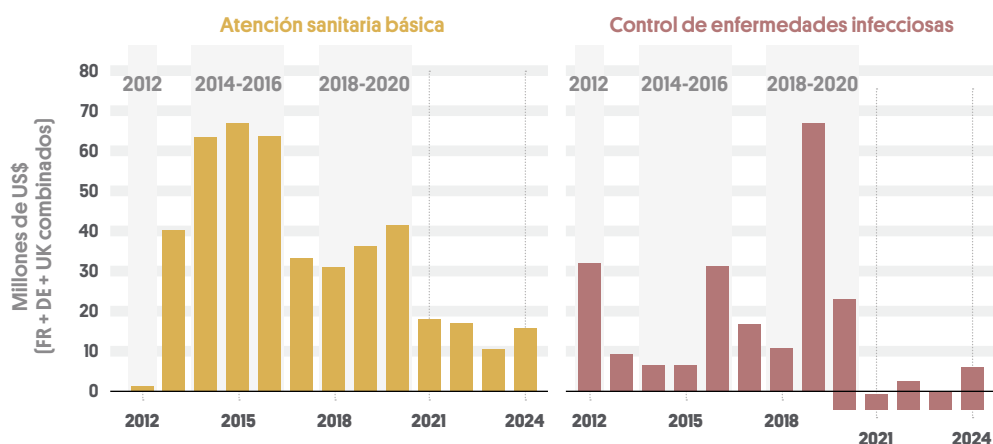
¹⁷ Lambert J. U.S. aid cuts may have delayed detecting this Ebola outbreak. NPR. May 21, 2026. Accessed July 2, 2026. <https://www.npr.org/2026/05/21/nx-s1-5828951/aid-cuts-may-have-contributed-to-delay-in-identifying-current-ebola-outbreak>

clave. El virus del ébola/Bundibugyo apareció en Isiro, se confirmó en cuestión de días y desapareció en tres meses. La infraestructura que hizo posible eso no generó ninguna recompensa política, ninguna historia mediática ni ninguna memoria institucional entre los públicos a los que protegió. El problema es que “no pasó nada” es indistinguible, en términos presupuestarios, de “nada estaba en riesgo”. La inversión que evitó una

crisis y la inversión que simplemente no era necesaria parecen idénticas en la contabilidad, que es precisamente por qué la primera sigue siendo recortada.

La Figura 3 ilustra esta dinámica. El gasto combinado de Francia, Alemania y el Reino Unido en control de enfermedades infecciosas se dispara bruscamente en 2019, justo en plena respuesta al Kivu/Ituri, y luego vuelve a caer en los años siguientes. **La financiación aparece cuando se**

FIGURA 3.
AOD combinada de Francia, Alemania y el Reino Unido para atención sanitaria básica y control de enfermedades infecciosas, en los cinco países afectados por brotes examinados en este informe (RDC, Uganda, Guinea, Liberia, Sierra Leona), por año, 2012-2024.



Fuente: OECD.Stat, Sistema de Notificación de Acreedores (CRS), desembolsos, millones de USD constantes de 2024. Donantes cubiertos: Francia, Alemania, Reino Unido (combinados). Extraído el 13 jul. de 2026.

declara la emergencia y retrocede una vez que esta termina.

Esto es lo que hace que 2026 sea leído como una consecuencia política y no solo como un evento epidemiológico. Cuando el virus del ébola/Bundibugyo apareció de nuevo en la misma región, sin vacuna aprobada y con la misma letalidad, la infraestructura que había permitido la respuesta de 2012 había desaparecido. **El desfase de tres meses en la detección, en caso de confirmarse el marco temporal, habría coincidido con una decisión presupuestaria registrada previamente como un ahorro.** La financiación de emergencia que siguió (más de 650 millones de dólares hasta la fecha, incluido un programa de desarrollo de vacunas para un patógeno documentado por primera vez en 2007) es el coste diferido de los mecanismos de preparación que no

estaban en vigor, que llega más tarde y a un precio más elevado.

Aquí es donde la dimensión europea se vuelve concreta en lugar de hipotética. La seguridad sanitaria europea pasa por la infraestructura de vigilancia en Ituri e Isiro, parte de ella financiada históricamente por la AOD europea, gran parte por USAID. Cuando esa infraestructura está en vigor, la vía de exposición documentada en 2014 puede interrumpirse antes de que se declare una PHEIC. Cuando se retira, el ECDC emite evaluaciones de amenaza por riesgo elevado para trabajadores humanitarios y viajeros europeos, como hizo en mayo de 2026. El sistema contable que registra los recortes de AOD en los presupuestos de desarrollo sin registrar el correspondiente aumento de la exposición epidemiológica europea y sus costes derivados genera una atribución errónea sistemática. Los

mecanismos que vinculan la inversión en AOD con la seguridad sanitaria europea ya están documentados. Lo que falta es una recopilación de esa evidencia en términos que interesen a

las audiencias que toman las decisiones presupuestarias relevantes. La historia de estos cuatro brotes hace ese trabajo con una claridad que el modelado raramente alcanza.

Cómo citar este documento:

Del Olmo Suarez-Llanos C, García-Vaz C y Diago-Navarro E. **La contención del ébola en África Central y Occidental: la ayuda al desarrollo, la respuesta a brotes epidémicos y el contraejemplo de 2026**. Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). Serie: Preparación y Respuesta. Julio 2026.

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

Una iniciativa de:

 **Fundación "la Caixa"**

 **Clínic
Barcelona**

 **UNIVERSITAT DE
BARCELONA**

 **Generalitat
de Catalunya**

 **GOBIERNO
DE ESPAÑA**

 **Hospital del Mar
Barcelona**

 **upf. Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona**

Barcelona 

 **EXCELENCIA
SEVERO
OCHOA**

 **CERCA**
Centres de Recerca
de Catalunya

 **hr**
HR EXCELLENCE IN RESEARCH