

Evaluación de riesgos para la salud pública relacionada con la enfermedad del Ébola debido al virus Bundibugyo: implicaciones para la Región de las Américas

18 de junio del 2026

Evaluación de riesgos basada en datos disponibles al 7 de junio del 2026 (Uganda) y 6 de junio del 2026 (República Democrática del Congo)

Riesgo global
Regional
Bajo

Confianza en la información disponible
Regional
Alto

Declaración general del riesgo

Esta evaluación de riesgos para la salud pública tiene como objetivo evaluar el riesgo actual para la salud pública de las Américas asociado con el brote en curso de la enfermedad del Ébola causado por el virus Bundibugyo (BDBV) en la República Democrática del Congo y Uganda.

Esta evaluación de riesgos se llevó a cabo considerando, entre otros, los siguientes criterios: (i) el riesgo potencial para la salud humana tras un caso importado en la región de las Américas, incluyendo el comportamiento clínico, virológico y epidemiológico de la enfermedad, el riesgo de exposición y las medidas de magnitud y gravedad basadas en la tendencia creciente de casos confirmados en los países con transmisión documentada de enfermedad por el virus Bundibugyo (BVD); (ii) el riesgo de importación y la posible propagación en las Américas, especialmente en el contexto de la Copa Mundial de la FIFA 2026™ (11 de junio–19 de julio) y (iii) el riesgo para la salud pública a la luz de las capacidades de detección temprana, prevención y control en la Región de las Américas.

El 5 de mayo del 2026, la OMS detectó informes de un inusual brote de enfermedades graves y defunciones en la Zona de Salud de Mongbwalu, una zona rural minera de oro en la provincia de Ituri, noreste de la República Democrática del Congo, fronteriza con Sudán del Sur y Uganda. La investigación retrospectiva identificó 246 casos sospechosos y 80 defunciones (tasas de letalidad [TL] 32,5%) en tres zonas de salud (Mongbwalu, Rwampara y Bunia). El 14 y 15 de mayo del 2026, se notificaron 13 casos confirmados en laboratorio de enfermedad de ébola no Zaire; la secuenciación genética confirmó el virus Bundibugyo (BDBV) como agente causal (1). El 17 de mayo del 2026, el Director General de la OMS determinó que el evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) (2, 3). El 22 de mayo del 2026, el Director General de la OMS emitió recomendaciones temporales en consecuencia (4) y se han publicado orientaciones sobre la implementación de las recomendaciones temporales (5, 6).

A fecha de 6 de junio del 2026, el brote en la República Democrática del Congo se había ampliado aún más, con 515 casos confirmados, incluyendo 91 defunciones confirmadas (TL 17,7%) en 25 zonas sanitarias de tres provincias: Ituri sigue siendo la más afectada, con 487 casos confirmados, seguida de Kivu del Norte con 25 casos confirmados y Kivu del Sur con tres casos confirmados (7). A fecha de 7 de junio del 2026, Uganda reportó un total acumulado de 19 casos confirmados y un caso probable, incluyendo dos defunciones confirmadas y una defunción probable (TL 10,5% entre los casos confirmados; 15,0% combinados), con casos vinculados a viajes desde la República Democrática del Congo (8).

Desde el inicio del brote actual, no se han notificado casos de BVD en ningún país de la Región de las Américas. Aunque no existen rutas aéreas comerciales directas que conecten a los países afectados con la Región de las Américas, la importación sigue siendo posible; sin embargo, cualquier introducción requeriría un viaje indirecto

de varias etapas, lo que probablemente reduce su probabilidad. Anteriormente, se han detectado y gestionado casos de enfermedad por Ébola causados por el virus de Ébola tras una importación por avión comercial desde África (Estados Unidos de América en 2014) (9, 10). Cabe destacar que estos casos fueron detectados y contenidos sin una vacuna autorizada ni un tratamiento terapéutico específico disponible en ese momento — la misma restricción que se aplica hoy en día al virus Bundibugyo — lo que subraya tanto la viabilidad de la introducción intercontinental como el papel central de la preparación, la detección temprana y la prevención y control de infecciones.

El riesgo que este evento supone para la Región de las Américas se clasifica como "Bajo" con un nivel de confianza "Alto" según la información disponible.

La evaluación de riesgos será revisada si se dispone de más información epidemiológica, clínica o virológica.

Criterios		Evaluación		Riesgo	Fundamento
		Probabilidad	Consecuencias		
Riesgo potencial para la salud humana	Regional	Poco probable	Menores	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> La BVD se asocia con una enfermedad grave y una alta letalidad. Las tasas de letalidad en los dos últimos brotes de BVD fueron del 30% y 50% respectivamente (1, 11). No existe una vacuna autorizada, ni tratamiento con anticuerpos monoclonales ni terapéutica específica para la BVD. Solo está disponible el tratamiento de soporte intensivo (1, 11). A fecha de 6 de junio del 2026, se han notificado un total de 515 casos confirmados, incluyendo 91 defunciones confirmadas (TL 17,7%) en la República Democrática del Congo en 25 zonas sanitarias de tres provincias. A fecha de 7 de junio del 2026, Uganda informó un total acumulado de 19 casos confirmados y un caso probable, incluyendo dos defunciones confirmadas y una defunción probable (TL 10,5% entre los casos confirmados; 15,0% combinados), con al menos tres de los casos confirmados vinculados a viajes desde la República Democrática del Congo (7, 8). Las infecciones de los trabajadores sanitarios indican transmisión en entornos sanitarios y una implementación inadecuada de las medidas de prevención y control de infecciones (PCI). Nunca se han detectado casos de BVD en la Región de las Américas. La distancia geográfica y la ausencia de enlaces directos y sostenidos de viaje entre las zonas afectadas de la República Democrática del Congo (Ituri, Kivu del Norte, Kivu del Sur) y Uganda (Kampala, Wakiso) y ciudades de la Región de las Américas reducen sustancialmente la probabilidad de importación. Sin embargo, Kampala es un importante centro regional de aviación con una conectividad internacional sustancialmente mayor que Ituri y debe ser monitorizada a medida que evolucione el centro operativo de gravedad del brote. El precedente histórico de la importación del virus del ébola a Estados Unidos en 2014 provocó transmisión nosocomial. La Región de las Américas tiene experiencia en preparación para la enfermedad del ébola, atención clínica y protocolos PCI, y capacidad de aislamiento en centros de referencia secundarios y terciarios — incluyendo la capacidad construida y las lecciones aprendidas tras la importación del virus del Ébola a Estados Unidos en 2014 — lo que mitigaría las consecuencias para la salud humana si se identificara un caso importado.

Criterios		Evaluación		Riesgo	Fundamento
		Probabilidad	Consecuencias		
Riesgo de diseminación	Regional	Poco probable	Menores	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> A fecha de 7 de junio del 2026, el brote sigue geográficamente restringido a la República Democrática del Congo y Uganda. Aunque la probabilidad de importación de casos BVD en la Región de las Américas se considera baja, no se puede descartar por completo. En cuanto a los viajes internacionales, actualmente no existen rutas aéreas comerciales directas que conecten países con transmisión documentada de BVD hacia la Región de las Américas. El Aeropuerto Internacional de Entebbe sirve como principal centro internacional de Uganda, con conexiones continuas a los principales centros africanos (Addis Abeba), europeos (Estambul, Londres, París) y centros de tránsito del Golfo Pérsico (Doha, Dubái). Addis Abeba funciona como la principal puerta de entrada para los viajes hacia la región de las Américas. En consecuencia, cualquier posible introducción de BVD en la región probablemente ocurriría mediante itinerarios indirectos de varios tramos, lo que podría aumentar las oportunidades de detección de casos en ruta y, por tanto, reducir el riesgo general de importación. Dentro de la Región de las Américas, los Estados Unidos, Brasil y Canadá son evaluados como los que tienen la mayor exposición relativa, debido a su conectividad internacional y volúmenes de pasajeros, seguidos por México, Colombia, Panamá, Chile, Perú y Argentina. La Copa Mundial de la FIFA 2026™, que comienza el 11 de junio del 2026, reúne a millones de personas en múltiples ciudades anfitrionas de Canadá, México y los Estados Unidos, representando uno de los mayores eventos de concentración masiva a nivel mundial. En tales contextos, los riesgos para la salud pública pueden verse amplificados por el aumento de los viajes internacionales, el contacto interpersonal cercano entre los asistentes y la mayor demanda de servicios sanitarios. El 28 de mayo del 2026, Canadá, México y los Estados Unidos, como países anfitriones de la Copa Mundial de la FIFA 2026™, emitieron una declaración conjunta anunciando medidas armonizadas de viaje de salud pública para personas que llegan desde países africanos con transmisión documentada (Uganda y República Democrática del Congo) o zonas evaluadas como de mayor riesgo de transmisión BVD (Sudán del Sur). El objetivo declarado de estas medidas es proteger a los residentes y visitantes durante el torneo, manteniendo al mismo tiempo los viajes transfronterizos, el comercio y la negociación esenciales. Canadá aplicó medidas de 90 días, México de 60 días para no ciudadanos mexicanos o residentes que hubieran estado en esos países y los Estados Unidos aplicó medidas de 30 días para personas no estadounidenses que habían estado en esos países en los 21 días anteriores (12-15). Otros Estados Parte del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que han adoptado medidas fronterizas internacionales incluyen Antigua y Barbuda y Saint Kitts y Nevis para una lista de países africanos (16-17). Otras medidas de salud pública para mitigar el riesgo de importación de BVD se implementan en la región de la siguiente manera (18-35): <ol style="list-style-type: none"> intensificar las actividades de vigilancia y preparación en los puntos de entrada: las Bahamas, Barbados, Belice, Chile, la República Dominicana, Ecuador, Jamaica, Paraguay, Perú, San Vicente y las Granadinas y Uruguay. emisión de avisos de viaje: las Bahamas, Belice, Brasil, Costa Rica, Jamaica, Paraguay, Perú, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Venezuela han emitido avisos de salud para viajeros. cuarentena basada en riesgos: las Bahamas, Barbados, Canadá, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y los Estados Unidos de América. El periodo de incubación para la BVD es de 2 a 21 días y el requisito de contacto cercano con fluidos corporales de un caso sintomático de transmisión hace poco probable la difusión generalizada desde un solo caso importado, especialmente con detección temprana y medidas efectivas de PCI (11).

Criterios		Evaluación		Riesgo	Fundamento
		Probabilidad	Consecuencias		
Riesgo de capacidad insuficiente de prevención y control con los recursos disponibles	Regional	Poco probable	Menores	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> Las vacunas y terapias específicas para el virus del ébola actualmente disponibles no son eficaces contra otros virus del ébola. Varios países de la Región de las Américas han demostrado capacidad para detectar (bajo las medidas de bioseguridad requeridas) y gestionar fiebres hemorrágicas virales (FHV) endémicas de la región — incluyendo enfermedades por arenavirus (por ejemplo, fiebre hemorrágica argentina, boliviana, venezolana y brasileña), síndrome cardiopulmonar de hantavirus y fiebre amarilla. Sin embargo, los países con menos recursos en la Región de las Américas pueden enfrentarse a mayores desafíos si se detecta un caso importado, especialmente en lo que respecta al diagnóstico de laboratorio especializado (RT-PCR para BVD), instalaciones de aislamiento y equipos de gestión clínica con experiencia en FHV. Todos los países de las Américas están actualizando los planes para la gestión de casos sospechosos en viajeros y el transporte de muestras a los laboratorios regionales.

Información de contexto

Evaluación de riesgos

Enfermedad del virus Bundibugyo del Ébola
<p>La enfermedad por el virus Bundibugyo (BVD) del Ébola es una enfermedad hemorrágica viral grave causada por el virus Bundibugyo (BDBV), un miembro del género <i>Orthoebolavirus</i> (familia Filoviridae). Hasta la fecha, se han identificado seis especies dentro del género <i>Orthoebolavirus</i>; tres de las cuales — virus del Ébola, virus Sudán y virus Bundibugyo — han sido responsables de la mayoría de los brotes de la enfermedad del Ébola en África (11). El brote actual es el tercero reconocido a nivel mundial: el primero ocurrió en el distrito de Bundibugyo, Uganda (2007–2008), y el segundo en la República Democrática del Congo (2012). En conjunto, brotes previos de BVD resultaron en más de 200 casos confirmados y probables y aproximadamente 66 defunciones (TL 33%) (1).</p> <p>El BDBV tiene un origen zoonótico; diferentes especies de murciélagos se consideran los hospedadores naturales más probables de los ebolavirus, aunque el reservorio animal exacto para el BDBV no ha sido identificado de forma concluyente. El virus se transmite a los humanos mediante contacto cercano con la sangre o los fluidos corporales de la fauna infectada y luego se transmite de persona a persona mediante contacto directo con fluidos corporales. Las prácticas funerarias tradicionales que implican contacto directo con el cuerpo de una persona fallecida también pueden propagar la infección (11).</p> <p>El periodo de incubación varía de 2 a 21 días. Los síntomas aparecen de forma repentina e incluyen fiebre, fatiga, dolores musculares, dolor de cabeza y dolor de garganta, seguidos de vómitos, diarrea, erupción y signos de insuficiencia renal e hepática; en algunos casos se producen manifestaciones hemorrágicas (11). La confirmación requiere pruebas de laboratorio especializadas, principalmente ensayos RT-PCR para detectar ARN viral. El ensayo GeneXpert para el ébola (específico del ébolavirus de Zaire), ampliamente disponible en la República Democrática del Congo y la Región de las Américas, no detecta el BDBV (36, 37).</p> <p>El tratamiento de la BVD es de apoyo; el acceso temprano a la atención médica mejora la supervivencia. No hay tratamientos con anticuerpos monoclonales aprobados específicamente para la BVD ni existe una vacuna autorizada. Las vacunas y anticuerpos monoclonales actualmente aprobados son específicos para EBOV (<i>Orthoebolavirus zairense</i>) y no se espera que sean efectivos contra el BDBV (11).</p> <p>La BVD nunca se ha detectado en la Región de las Américas (38). No se conoce que los hospedadores reservorios naturales (murciélagos frugívoros de la familia <i>Pteropodidae</i> y otras especies de murciélagos) asociados con BDBV estén establecidos en la Región de las Américas (11). No hay evidencia de reservorio selvático para ninguna especie de <i>Orthoebolavirus</i> en la Región de las Américas.</p>

Evaluación de la exposición

El 5 de mayo del 2026, la OMS detectó un inusual brote de enfermedades graves y defunciones en la Zona de Salud Mongbwalu, provincia de Ituri, noreste de la República Democrática del Congo. La investigación retrospectiva (15 de abril–13 de mayo del 2026) identificó 246 casos sospechosos incluyendo 80 defunciones (TL 32,5%) en tres zonas de salud. Ocho profesionales sanitarios en Rwampara desarrollaron síntomas compatibles tras atender a pacientes de la zona de salud de Mongbwalu. De las 20 muestras analizadas en el Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB, Institut National de Recherche Biomédicale) en Kinshasa, 13 fueron confirmadas en laboratorio; la secuenciación genética del 15 de mayo del 2026 identificó el BDBV como el agente causante (1).

A fecha de 6 de junio del 2026, el brote en la República Democrática del Congo se había ampliado aún más, con 515 casos confirmados, incluyendo 91 defunciones confirmadas (TL 17,7%) reportadas en 25 zonas sanitarias de tres provincias: Ituri sigue siendo la más afectada con 487 casos confirmados, seguida de Kivu del Norte con 25 casos y Kivu del Sur con tres casos (7). El recuento acumulado de casos sospechosos está siendo armonizado por las autoridades nacionales y actualmente no se ha publicado; 223 defunciones sospechosas reportadas por última vez el 27 de mayo siguen bajo investigación (7). A fecha de 7 de junio del 2026, Uganda reportó 19 casos confirmados y un caso probable, con dos defunciones confirmadas y una defunción probable (TL 10,5% entre los casos confirmados; 15,0% combinado), con casos vinculados a viajes desde la República Democrática del Congo (8).

El rastreo de contactos se ha expandido considerablemente. A fecha de 6 de junio del 2026, se había registrado un total acumulado de 5.040 contactos en las tres provincias afectadas de la República Democrática del Congo, de los cuales 2.535 (50,3%) seguían bajo seguimiento activo; las actividades siguen enfrentando importantes desafíos operativos debido a la inseguridad, el movimiento de población y las limitaciones de acceso en las zonas afectadas. En Uganda, a fecha de 7 de junio del 2026, 454 contactos estaban en seguimiento activo y 371 habían completado su periodo de seguimiento de 21 días (39).

No se ha documentado ninguna exposición en la Región de las Américas. Los dos médicos evacuados (ciudadanos estadounidenses) que estaban siendo atendidos fuera de las Américas han ambos sido dados de alta tras la cuarentena de 21 días (39).

Evaluación del contexto

El brote se produce principalmente en la provincia de Ituri, en el noreste de la República Democrática del Congo, una zona históricamente afectada por brotes recurrentes de ébola y situada dentro de un corredor ecológico del ébola que se extiende hacia el oeste de Uganda. Las zonas sanitarias afectadas se encuentran en una zona transfronteriza altamente conectada, caracterizada por un movimiento poblacional considerable relacionado con la minería, el comercio informal, el desplazamiento y los viajes transfronterizos rutinarios. Solo en Ituri, 1,2 millones de personas necesitan asistencia sanitaria. Hay 4 millones de personas que necesitan asistencia humanitaria urgente y más de 2 millones han sido desplazadas por la fuerza solo en las provincias de Ituri y Kivu del Norte. Bunia actúa como un importante centro de referencia, transporte y comercio, y la confirmación de casos importados no vinculados en Kampala subraya la fuerte conectividad entre la provincia de Ituri y los principales centros urbanos.

La Región de las Américas no tiene rutas directas de viaje que faciliten la importación rápida de casos sin tránsito por centros europeos o de Medio Oriente. La epidemia de virus del Ébola en África Occidental de 2014 (virus del Ébola) demostró que el sistema sanitario podía gestionar y contener los casos importados, aunque la transmisión nosocomial ocurría en Texas antes de su contención total. La declaración de la ESPII aumentó la percepción del riesgo, lo que llevó a los Estados Miembros a adoptar medidas de preparación proactiva. Algunos ya han organizado la detección, evaluación, reporte y gestión de viajeros con enfermedad febril inexplicable procedentes de zonas con casos documentados de BVD.

Un factor contextual definitorio para esta evaluación es la Copa Mundial de la FIFA 2026™, que será organizada por Canadá, México y los Estados Unidos a partir del 11 de junio del 2026, que atraerá a millones de viajeros internacionales y aumentará sustancialmente el movimiento poblacional transfronterizo hacia y entre los tres países anfitriones durante el periodo del evento, condiciones que pueden aumentar la probabilidad de importación de casos y la demanda de servicios sanitarios. Este riesgo contextual se mitiga parcialmente gracias a la capacidad de preparación establecida: desde 2023, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha convocado un Grupo de Trabajo de Seguridad Sanitaria con los tres países anfitriones, incluidos delegados del sector sanitario, otras autoridades nacionales y la FIFA, para reforzar la preparación para reuniones masivas y compartir información para la planificación sanitaria de eventos de alta visibilidad.

A través de ocho reuniones celebradas entre julio del 2023 y mayo del 2026, junto con seminarios web técnicos sobre las lecciones aprendidas de mega eventos anteriores, coordinación de seguridad, vigilancia basada en eventos y preparación para reuniones masivas, el Grupo de Trabajo ha desarrollado una estrategia de vigilancia mejorada que incluye un informe diario que cubre el periodo previo, durante y después del torneo para apoyar la detección temprana y la respuesta coordinada entre los países anfitriones. El 28 de mayo del 2026, en el contexto de la declaración de la OMS de una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) relacionada con la epidemia de ébola causada por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda, la OPS convocó una reunión extraordinaria del Grupo de Trabajo, subrayando la importancia de una vigilancia sostenida, preparación y coordinación transfronteriza antes del torneo (40).

Tabla 1. Fortalezas y vulnerabilidades de los países y territorios de la Región de las Américas respecto a la enfermedad del Ébola debida al virus Bundibugyo, junio del 2026.

Fortalezas	Vulnerabilidades
<p>Vigilancia y Alerta</p> <ul style="list-style-type: none"> La OPS ha activado mecanismos de alerta epidemiológica en los Estados miembros, publicando dos alertas epidemiológicas, incluidas recomendaciones para los Estados Miembros. Los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el RSI están operativos en los 35 Estados Miembros de la OPS/OMS. Varios países de la región cuentan con capacidades de vigilancia que les han permitido responder de forma inmediata y eficaz si se identifica un caso importado y poner en marcha rápidamente medidas de control como el aislamiento de los casos y el rastreo de contactos. 	<p>Vigilancia y Alerta</p> <ul style="list-style-type: none"> Los países más pequeños y con menos recursos en las Américas pueden enfrentarse a mayores desafíos si se detecta un caso importado, especialmente en lo que respecta a diagnósticos de laboratorio especializados (RT-PCR para BDBV), instalaciones de aislamiento especializadas y equipos de gestión clínica con experiencia en FHV.
<p>Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Existen dos Centros Colaboradores de la OMS para fiebres hemorrágicas virales en las Américas, y al menos tres laboratorios de referencia adicionales con capacidad para recibir y procesar muestras. Basado en una evaluación de riesgos y protocolos de bioseguridad, la RT-PCR para BDBV podría implementarse rápidamente en países seleccionados. Como parte del apoyo de laboratorio y la experiencia técnica proporcionados por la OPS, recientemente se han desarrollado y difundido directrices técnicas sobre la selección, recogida, preservación y transporte de muestras clínicas sospechosas de enfermedad por el virus del Ébola (42). 	<p>Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Las pruebas moleculares cercanas al punto de atención y las pruebas rápidas de antígenos no detectan o no están validadas para el BDBV. Hasta ahora, la RT-PCR confirmatoria para BDBV solo está disponible en laboratorios de referencia seleccionados. Número limitado de mensajeros y empresas de transporte para muestras de Categoría A.

Fortalezas	Vulnerabilidades
<p>Gestión clínica e PCI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de hospitales de referencia formados y equipos especializados. Varios países de la región de las Américas cuentan con unidades de biocontención para gestionar FHV. • Las directrices clínicas de atención y los protocolos PCI para FHV se establecen y practican en los principales hospitales de referencia, informados por la respuesta al ébola de 2014. Nueva directriz sobre el filovirus de la OMS en breve. • Mejoras en los programas PCI tras la pandemia de COVID-19. 	<p>Gestión clínica e PCI</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe ninguna vacuna aprobada ni terapéutica específica para el BDBV. Las contramedidas específicas para el virus del ébola no serían efectivas. • Experiencia limitada en América Latina y el Caribe gestionando pacientes con ébola. La mayoría de los países de la Región de las Américas han realizado simulaciones y ejercicios de mesa en lugar de gestionar casos confirmados. • La posible escasez de equipo de protección individual (EPI) en la región amenaza la preparación operativa de los centros designados para el tratamiento de la enfermedad del ébola. • Disponibilidad limitada de unidades de biocontención fuera de los Estados Unidos o Canadá. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe tendrían que reutilizar la capacidad de unidad de cuidados intensivos (UCI) o hospitales de referencia para gestionar casos de ébola, lo que podría afectar a cuidados críticos rutinarios y otras emergencias sanitarias en curso
<p>Comunicación de riesgos y participación comunitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • La OPS y las autoridades sanitarias nacionales han establecido mecanismos de comunicación de riesgos y participación comunitaria (CRPC); se han emitido ruedas de prensa y avisos públicos. • La OPS publicó en 2014 un Plan de Comunicación de Riesgos que describe las posibles actividades de comunicación de riesgos que apoyan el anuncio público de un posible primer caso de Ébola diagnosticado en la región (43). 	<p>Comunicación de riesgos y participación comunitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de desinformación pública y estigmatización de los viajeros africanos, observado durante la epidemia de ébola de 2014 y la pandemia de COVID-19. • Las grandes comunidades de la diáspora africana en la región de las Américas pueden enfrentarse a un mayor estigma o ansiedad durante la respuesta a brotes.
<p>Puntos de entrada (PoE) y salud frontera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aeropuertos de entrada deshabilitada en los Estados Unidos: el Aeropuerto Internacional Washington-Dulles (IAD), el Aeropuerto Internacional Hartsfield-Jackson de Atlanta (ATL), el Aeropuerto Intercontinental George Bush (IAH), el Aeropuerto Internacional John F. Kennedy (JFK), entre otros, Sao Paulo-GRU, han activado protocolos de preparación para el ébola y han actualizado planes de contingencia • El 28 de mayo del 2026 se emitió un comunicado conjunto en el que se mencionaba que los Estados Unidos, Canadá y México aplicarán medidas de viaje sanitario alineadas para las personas procedentes de 	<p>Puntos de entrada (PoE) y salud frontera</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Copa Mundial de la FIFA 2026™ (11 de junio–19 de julio) aumentará significativamente el volumen de pasajeros en PoE en los tres países anfitriones

Fortalezas	Vulnerabilidades
<p>regiones africanas con mayor riesgo de Ébola/BVD, con el objetivo de proteger a los residentes y visitantes de la Copa Mundial de la FIFA 2026™, manteniendo el funcionamiento de los viajes y el comercio transfronterizos (12).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de la preparación de la Copa Mundial de la FIFA 2026™, México, Canadá y los Estados Unidos realizaron una evaluación de riesgos de evento masivo, incluyendo el riesgo potencial BVD. • El aviso de salud de viaje de la Copa Mundial de la FIFA 2026™ de la OMS/OPS ha sido revisado para incluir BVD y se publica un informe diario de situación en el Sitio de Información sobre Eventos de la OMS (EIS). 	

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Disease Outbreak News: Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda, 16 de mayo del 2026. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602>.
2. Organización Mundial de la Salud. Epidemic of Ebola Disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern. OMS: Ginebra; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern>.
3. Organización Mundial de la Salud. News: Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda, 29 de mayo del 2026. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON605>.
4. Organización Mundial de la Salud. Primera reunión del Comité de Emergencias del RSI en relación con la epidemia de enfermedad del Ébola causada por el virus de Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda 2026 - Recomendaciones temporales, 22 de mayo del 2026. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/22-05-2026-first-meeting-of-the-ihc-emergency-committee-regarding-the-epidemic-of-ebola-bundibugyo-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-2026-temporary-recommendations>.
5. Organización Mundial de la Salud. Implementation of border health and international travel-related temporary recommendations issued by the Director-General of WHO to States Parties not sharing land borders with areas with documented Bundibugyo virus detection: technical note, 26 de mayo del 2026. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/items/b07def43-df30-41b8-83e0-deb33bcfd697>.
6. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones de la OMS para concentraciones multitudinarias a las que asistan personas procedentes de zonas donde se haya documentado la detección del virus de Bundibugyo. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/B09770>.
7. República Democrática del Congo. Institut National de Santé Publique. Rapport de Situation de la 17ème épidémie de la maladie a virus EBOLA/ RDC, SitRep N°023/MVB del 06/06/2026. Kinshasa: INSP; 2026. Disponible en: https://insp.cd/sitrep-n23-mvb_06-06-2026/.
8. The Republic of Uganda Ministry of Health. Ebola Updates. Kampala: MOH; 2026 [consultado el 7 de junio del 2026]. Disponible en: <https://evd-daily.health.go.ug/>
9. Organización Mundial de la Salud. Disease Outbreak News: Ebola virus disease — United States of America, 1 October 2014. 9 de octubre del 2014. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/01-october-2014-ebola-en>.
10. Chevalier MS, Chung W, Smith J, Weil LM, Hughes SM, Joyner SN, et al. Ebola virus disease cluster in the United States — Dallas County, Texas, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014;63(46):1087–8. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm63e1114a5.htm>.
11. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad del Ébola, Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 2 de junio del 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ebola-disease>.
12. United States Department of State, Office of the Spokesperson. Joint statement on public health travel measures ahead of FIFA World Cup 2026, 28 May 2026. Washington, D.C.: U.S. Department of State; 2026. Disponible en: <https://www.state.gov/releases/office-of-the-spokesperson/2026/05/joint-statement-on-public-health-travel-measures-ahead-of-fifa-world-cup-2026/>.

13. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Information for travelers returning from Ebola-affected areas. Atlanta: U.S. CDC; 2026 [consultado el 10 de junio del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ebola/situation-summary/returning-travelers.html>.
14. Public Health Agency of Canada. Ebola disease: border measures for travellers entering Canada. Ottawa: PHAC; 2026 [consultado el 10 de junio del 2026]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/ebola/border-measures.html>
15. Secretaría de Gobernación de México, Instituto Nacional de Migración. Oficio n° INM/DGCVM/1414/2026: Instrucción de restricción de ingreso ante riesgos sanitarios. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación; 2026.
16. Government of Antigua and Barbuda. Report from the Cabinet of Antigua and Barbuda meeting of Wednesday 27 May 2026. St. John's: Government of Antigua and Barbuda; 2026. Disponible en: <https://embassy.ag/dario-item-antigua-barbuda-report-from-the-cabinet-of-antigua-and-barbuda-meeting-of-wednesday-27th-may-2026/>.
17. Saint Kitts and Nevis Information Service. Travel advisory, 27 May 2026. Basseterre: SKNIS; 2026. Disponible en: <https://www.sknis.gov.kn/2026/05/27/st-kitts-nevis-travel-advisory/>.
18. The Government of the Bahamas Ministry of Foreign Affairs. Ebola Bundibugyo virus disease in the Democratic Republic of the Congo and surrounding countries, 26th May 2026 Ebola Bundibugyo Virus Disease in the Democratic Republic of the Congo & Surrounding Countries. Nassau: MOFA; 26 de mayo del 2026. Disponible en: <https://mofa.gov.bs/ebola-bundibugyo-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-surrounding-countries/>.
19. Barbados Government Information Service. Update on Ebola risk assessment and Barbados' preparedness. Bridgetown: GIS; 2026. Disponible en: <https://gisbarbados.gov.bb/blog/update-on-ebola-risk-assessment-barbados-preparedness/>
20. Government of Belize Press Office. Ministry of Health and Wellness Advisory on Ebola. Belmopan: Government of Belize Press Office; 2026. Disponible en: <https://www.pressoffice.gov.bz/ministry-of-health-and-wellness-advisory-on-ebola/>.
21. Presidencia de la República Dominicana. República Dominicana fortalece vigilancia epidemiológica y protocolos preventivos ante alerta internacional por ébola. Santo Domingo: Presidencia de la República Dominicana; 2026. Disponible en: <https://presidencia.gob.do/noticias/republica-dominicana-fortalece-vigilancia-epidemiologica-y-protocolos-preventivos-ante>.
22. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Ecuador fortalece la comunicación para enfrentar al ébola y chikungunya. Quito: MSP; 2026. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-fortalece-la-comunicacion-para-enfrentar-al-ebola-y-chikungunya/>.
23. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Ministerio de Salud ha capacitado a 674 personas como parte del plan de preparación frente al ébola. Quito: MSP; 2026. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-ha-capacitado-a-674-personas-como-parte-del-plan-de-preparacion-frente-al-ebola/>.
24. Jamaica Ministry of Health and Wellness, Jamaica Information Service. Health alert: travel caution to Ebola-affected countries. Kingston: MOHW; 28 de mayo del 2026. Disponible en: <https://jis.gov.jm/health-alert-travel-caution-to-ebola-affected-countries/>
25. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Salud refuerza la vigilancia sanitaria en puntos de entrada al país y emite recomendaciones. Asunción: MSPBS; 2026. Disponible en: <https://dgvs.mspbs.gov.py/salud-refuerza-la-vigilancia-sanitaria-en-puntos-de-entrada-al-pais-y-emite-recomendaciones/>.
26. Ministerio de Salud de Perú. Recomendaciones para viajeros internacionales; 2026. Lima: MINSA; 2026. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/recomendaciones-para-viajeros-internacionales/>.

27. Saint Vincent and the Grenadines Ministry of Health, Wellness, Environmental Health and Energy. Public communication on Ebola preparedness. Kingstown: SVG Health; 2026. Disponible en: <https://www.facebook.com/SVGHEALTH/posts/pfbid0dx3p5XguvdaTsYC23vJ1ZNEpPesPnt3a5sXPR59etr2BDA1rebE6rrPWfP5iQjwwl>.
28. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. MSP monitoriza la evolución del brote de Ébola, declarado Emergencia de Salud Pública por parte de la OMS. Montevideo: MSP; 2026. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/msp-monitoriza-evolucion-del-brote-ebola-declarado-emergencia-salud-publica>.
29. Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil. Nota técnica nº 26/2026: Febres Hemorrágicas Virais (FHV). Brasília: ANVISA; 2026. Disponible en: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/vigilancia-epidemiologica/alertas-epidemiologicos/vigentes/nota-tecnica-no-26-2026-febres-hemorragicas-virais>.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil. Anvisa actualiza norma para medidas de salud em portos e aeroportos. Brasília: ANVISA; 2026. Disponible en: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2026/anvisa-atualiza-norma-para-medidas-de-saude-em-portos-e-aeroportos>.
31. Ministério da Salud do Brasil. Dois casos suspeitos de ébola son descartados no Brasil. Brasília: MS; 2026. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2026/dois-casos-suspeitos-de-ebola-sao-descartados-no-brasil>.
32. Ministerio de Salud de Costa Rica. Costa Rica sin casos de Ébola; Salud pide mantener prevención. San José: MS; 2026. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/67-noticias-2026/2439-costa-rica-sin-casos-de-ebola-salud-pide-mantener-prevencion>.
33. Government of Saint Lucia. Saint Lucia issues travel advisory for Ebola virus disease. Castries: Government of Saint Lucia; 2026. Disponible en: <https://www.govt.lc/news/saint-lucia-issues-travel-advisory-for-the-ebola-virus-disease>.
34. Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela. Virus Ébola. Caracas: MPPS; 2026. Disponible en: <https://mpps.gob.ve/wp-content/uploads/2026/05/Ebolavirus.pdf>.
35. Gobierno de México, Secretaria de Salud. Aviso de salud de viaje Enfermedad por el virus del Ébola (EVE). Ciudad de México: Gobierno de México; 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1081323/APV-EVE-28MAY2026_Actualizacion.pdf.
36. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica - Enfermedad del Ébola causada por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda, 21 de mayo del 2026. Washington, D.C.: PAHO/OMS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-enfermedad-ebola-causada-por-virus-bundibugyo-republica>.
37. Organización Mundial de la Salud. Disease Outbreak News: Ebola disease caused by Bundibugyo virus - Democratic Republic of the Congo, 21 de mayo del 2026. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON603>.
38. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) relacionado a la enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda. Implicaciones para las Américas, 17 de mayo del 2026. Washington, D.C.: PAHO/OMS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/emergencia-salud-publica-importancia-internacional-esprii-relacionado-enfermedad-por>.
39. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Ebola Outbreak: Current Situation. Atlanta: U.S. CDC; 2026 [consultado el 10 de junio del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ebola/situation-summary/index.html>.

40. Organización Panamericana de la Salud. La OPS apoya la coordinación regional en seguridad sanitaria de cara a la Copa Mundial de la FIFA 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/29-5-2026-ops-apoya-coordinacion-regional-seguridad-sanitaria-cara-copa-mundial-fifa-2026>.
41. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Actualizaciones y alertas epidemiológicas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 7 de junio del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas>.
42. Organización Panamericana de la Salud. Documentos Enfermedad por el virus del Ébola. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documents/temas/enfermedad-por-virus-ebola>.
43. Organización Panamericana de la Salud. Plan de comunicación para posible primer caso de ébola. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-comunicacion-para-posible-primer-caso-ebola>.