

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

IMPACTO DEL CONFLICTO SIRIO EN SUS INDICADORES DE SALUD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

TRABAJO FIN DE MASTER EN ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EMERGENCIA Y
DESASTRE

AUTORA: SONIA GARRIDO IGLESIAS

TUTOR: PEDRO IGNACIO ARCOS GONZÁLEZ

COTUTOR: RAFAEL CASTRO DELGADO

OVIEDO, ENERO 2015

Universidad de Oviedo. Trabajo fin de Máster en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastre

Título: Impacto del conflicto sirio en sus indicadores de salud. Una revisión sistemática

Autora: Sonia Garrido Iglesias

Fecha: Enero 2015

Resumen:

- **Introducción:** Desde su inicio a principios del año 2011 hasta la actualidad, la guerra de Siria ha tenido un notable impacto tanto para la población civil como para la población militar. Este conflicto ha supuesto un menoscabo en el ámbito social, político, económico y de salud pública.
- **Objetivo:** Analizar el impacto que ha generado el conflicto sirio en los indicadores que figuran en las estadísticas sanitarias mundiales de la Organización Mundial de la Salud.
- **Metodología:** Revisión sistemática de la literatura científica empleando como palabras clave ``Syria war`` y ``Syria health indicators``. Se utilizaron como fuentes de datos los informes de las estadísticas sanitarias anuales de la OMS. También se consultaron Pubmed, Cochrane, bases de datos de organizaciones mundiales como la WHO websites y Centre for Research on the Epidemiology of Disaster (Em-Dat y Ce-Dat), el manual del Proyecto Esfera y la revista "Emergencias". Del mismo modo ha sido revisada la bibliografía de los artículos localizados.
- **Resultados:** Después de realizar la búsqueda mediante el uso de las palabras clave, se han encontrado 18 artículos que cumplen los criterios de inclusión.
- **Conclusiones:** La mayor parte de los artículos encontrados hacen referencia al impacto de la guerra en los indicadores relacionados con las enfermedades transmisibles. Ningún artículo fue publicado en revistas españolas ni en idioma castellano.

Palabras clave:

Guerra, emergencia compleja, indicador de salud, Siria

Abstract:

- **Introduction:** Since its inception in early 2011 to the present, the war in Syria has had a significant impact on both the civilian population to the military population. This conflict has been an impairment in social, political, economic and public health field.
- **Objective:** To analyze the impact generated in the Syrian conflict indicators in global health statistics from the World Health Organization.
- **Methodology:** Systematic review of the literature using keywords like " Syria Syria war" and " health indicators." Annual reports of the WHO health statistics were used as data sources. Pubmed, Cochrane, freely available databases as global organizations (WHO websites and Centre for Research on the Epidemiology of Disaster) (Em-Dat and Ce-Dat) were also used.). The Sphere handbook and the magazine "Emergency" were also consulted. Similarly the literature has been reviewed articles located.
- **Results:** A total of 18 articles met all inclusion criteria. Most articles refer to the impact of war on indicators related to communicable diseases. No article was published in Spanish journals.
- **Conclusions:** Most of the articles found refer to the impact of war on indicators related to communicable diseases. No article was published in Spain or Spanish language.

Key words:

War, complex emergency ,health indicator, Syria

IMPACTO DEL CONFLICTO SIRIO EN SUS INDICADORES DE SALUD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVOS	13
MATERIAL Y MÉTODO.....	14
RESULTADOS.....	15
CONCLUSIONES.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58

INTRODUCCIÓN

Aspectos generales

La república árabe siria es un país soberano del Oriente Próximo situado en la costa oriental mediterránea, que cuenta con una superficie de 185.180 km² y cuya capital es Damasco. Tiene una densidad de población de 118,3 habitantes por km². Limita al norte con Turquía, al este con Iraq, al sur con Jordania y al oeste con Líbano, Israel y el mar Mediterráneo. En el año 2012 contaba con una población total de 21.890.000 habitantes.¹

La forma de gobierno en Siria es una república unitaria semipresidencialista. El actual presidente es Bashar al-Assad. El idioma oficial es el árabe, aunque también se habla el kurdo, el armenio, el turco y, en menor medida, el inglés. La religión islámica es predominante. Los musulmanes obedecen sobre todo a la ortodoxia suní, aunque también hay alawitas, chiíes, drusos e ismailitas.

En términos económicos cuenta con una renta per cápita de 4.295 \$. Su Coeficiente GINI en el período de tiempo comprendido entre 2000-2011 era de 0,358. El índice de desarrollo humano tenía un valor al inicio del conflicto de 0,632 lo que situaba al país en el puesto 119.²

Según la base de datos de EM-DAT, en el periodo de tiempo comprendido entre 1900-2014 se han registrado en Siria un total de 33 desastres, que han causado 675 muertos, 787 heridos, 1.811.165 afectados, 77.000 personas sin hogar, 1.888.952 afectados totales y unas pérdidas económicas que ascienden a un total de 89.000 millones de dólares.

A continuación se adjunta una tabla donde figuran el total de desastres, muertos, heridos, afectados, persona sin hogar, afectados totales y perdidas económicas para cada grupo de desastres.³

Tabla 1. Total de desastres en Siria 1900-2014 por grupos

	Desastres Naturales	Desastres tecnológicos
Número de desastres	10	23
Muertos	206	469
Heridos	375	412
Afectados	1803165	8000
Personas sin hogar	75000	2000
Total afectados	1878540	10412
Pérdidas económicas	44000	45000

En la siguiente tabla se realiza un análisis más pormenorizado del total de desastres según los subgrupos de los mismos.

Tabla 2. Total de desastres en Siria 1900-2014 por subgrupos

Año	Grupo	Subgrupo	Tipo	Nº Incidentes	Total muertos	Total heridos	Afectados	Sin hogares	Total afectados	Pérdidas económicas (000 US\$)
1967	Natural	Hidrológico	Inundación	1	0	0	40000	0	40000	5000
1974	Natural	Hidrológico	Inundación	1	0	0	130000	75000	205000	39000
1977	Natural	Biológico	Epidemia	2	88	0	4165	0	4165	0
1999	Natural	Climatológico	Sequía	1	0	0	329000	0	329000	0

2001	Natural	Meteorológico	Tormenta	1	27	172	0	0	172	0
2002	Natural	Hidrológico	Movimiento de masas húmedas	1	80	23	0	0	23	0
2004	Natural	Meteorológico	Tormenta	1	5	180	0	0	180	0
2006	Natural	Hidrológico	Inundación	1	6	0	0	0	0	0
2008	Natural	Climatológico	Sequía	1	0	0	1300000	0	1300000	0
1965	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía aérea	1	54	0	0	0	0	0
1994	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía marítima	1	46	0	0	0	0	0
1995	Tecnológico	Accidente industrial	Derrame de sustancias químicas	1	0	0	0	0	0	35000
1998	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía terrestre	1	37	12	0	0	12	0
1999	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía férrea	1	11	21	0	0	21	0
1999	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía terrestre	3	51	58	0	0	58	0
2000	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía terrestre	1	10	6	0	0	6	0
2001	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía terrestre	1	27	19	0	0	19	0
2002	Tecnológico	Misceláneo	Derrumbe	1	21	20	8000	2000	10020	10000
2002	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía terrestre	1	12	46	0	0	46	0
2004	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía terrestre	1	23	31	0	0	31	0
2005	Tecnológico	Accidente industrial	Explosión	1	16	22	0	0	22	0
2005	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía terrestre	2	46	66	0	0	66	0
2006	Tecnológica	Accidente de transporte	Vía terrestre	2	22	29	0	0	29	0
2007	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía terrestre	2	46	55	0	0	55	0
2009	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía terrestre	1	12	7	0	0	7	0
2009	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía marítima	1	10	0	0	0	0	0
2011	Tecnológico	Accidente de transporte	Vía terrestre	1	25	20	0	0	20	0

Con respecto a las emergencias complejas, Toole las define como ``situación relativamente aguda que afecta a numerosa población civil e implica habitualmente una combinación de:

- Una situación bélica o de disturbio civil masivo

- *Inseguridad o penuria alimentaria*
- *Desplazamiento de población*

*Produciendo como resultado un aumento significativo de la mortalidad*⁴

A principios del año 2011 una parte de la población siria, influenciada por el movimiento de la Primavera Árabe, comenzó a manifestarse de forma pacífica para demandar un incremento en los niveles de libertad, tanto individual como colectiva, así como un mayor cumplimiento de los derechos humanos.

Con el paso del tiempo, el carácter de las reivindicaciones se fue modificando hasta adquirir unos niveles elevados de violencia. A esto hay que añadir el uso de armas durante las manifestaciones. Esta situación trajo consigo una respuesta implacable por parte del gobierno de Bashar al-Assad.

A raíz de esta coyuntura, una parte de la sociedad civil y sectores del ejército se alzaron en armas y constituyeron el denominado "Ejército Libre de Siria". Con el paso del tiempo se fueron incorporando otra serie de grupos opositores. El Ejército Libre fue invadiendo ciudades y, para finales del año 2011 ya se había erigido una guerrilla en el norte del país que, posteriormente, se extendería a todo el territorio. Al comienzo del año 2012 este conflicto ya se consideraba como una guerra civil. Según Ce-Dat, durante este año un 75% de la población siria se veía afectada por esta emergencia compleja⁵

En casi 4 años de conflicto se han generado una ingente cantidad de pérdidas humanas, el número de desplazados y refugiados ha alcanzado las cotas más altas en los últimos años y a nivel económico se han generado elevados costos directos, indirectos y efectos secundarios.⁶

Hasta agosto de 2014 se habían registrado un total 191.369 muertos. El 85,1% eran varones, el 9,3% mujeres y el porcentaje restante se trataba de casos en los que no se había podido determinar el sexo del fallecido. Con respecto a la edad de las víctimas, en un amplio porcentaje no se ha podido determinar. Los fallecidos en los que se ha identificado la edad, se trata de niños o adolescentes. Según la distribución geográfica, las ciudades en las que se han registrado más víctimas son Damasco con 39.393 víctimas y Aleppo con 31.932.⁷

Desde el inicio de la guerra se han contabilizado un total 750.000 heridos, 13,7 millones de afectados y un total de 10,8 millones de personas que necesitan ayuda humanitaria.⁸ Este cúmulo de efectos ha convertido a este conflicto civil en una de las peores emergencias complejas del siglo XXI.

Definición de indicador

En la actualidad hay multitud de definiciones para este término pero, en esta ocasión, vamos a reseñar, dada su relevancia, la empleada por la Organización de las Naciones Unidas:

“una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada.”⁹

La principal función de un indicador es evaluar de manera objetiva una determinada situación, con el fin de proporcionar información acerca de la misma.

A pesar de que hay gran variedad de tipos de indicadores, para este trabajo he decidido emplear la clasificación que figura en las estadísticas sanitarias mundiales de la Organización Mundial de la Salud.

En este caso, esta serie de indicadores que figuran en la tabla 3 nos proporcionarán una información relevante acerca del estado de salud de la población siria y el desempeño de su sistema sanitario antes y durante el actual conflicto.

Tabla 3. Clasificación de los indicadores

Grupos	Indicadores
Grupo 1: Esperanza de vida y mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esperanza de vida al nacer (años) ➤ Esperanza de vida a los 60 años (años) ➤ Tasa de mortalidad (por 1000 nacimientos en total) ➤ Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos) ➤ Tasa de mortalidad en menores de un año (probabilidad de morir antes de cumplir 1 año por 1000 nacidos vivos) ➤ Tasa de mortalidad de menores de cinco años (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por 1000 nacidos vivos) ➤ Tasa de mortalidad de adultos (probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años por 1000 habitantes)
Grupo 2: Causa específica de mortalidad y morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tasa de mortalidad normalizada según la edad, por causas (por 100000 habitantes) ➤ Número de defunciones de menores de 5 años (miles) ➤ Distribución de las causas de muerte de menores de 5 años (%) ➤ Tasa de mortalidad de adultos entre 30-70 años normalizada según la edad por causas (por 100000 habitantes) ➤ Razón de mortalidad materna (por 100000 habitantes) ➤ Tasa de mortalidad por causas específicas (por 100000 habitantes) ➤ Incidencia (por 100000 habitantes y año) ➤ Prevalencia (por 100000 habitantes)
Grupo 3: Enfermedades infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número total de casos notificados de: ➤ Cólera ➤ Difteria ➤ Gripe por el virus H5N1 ➤ Encefalitis japonesa ➤ Lepra

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Malaria ➤ Sarampión ➤ Meningitis ➤ Parotiditis ➤ Tos ferina ➤ Peste ➤ Poliomiелitis ➤ Síndrome de rubéola congénita ➤ Rubéola ➤ Tétanos neonatal ➤ Tétanos total ➤ Tuberculosis ➤ Fiebre amarilla
<p>Grupo 4: Cobertura de servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Necesidad insatisfecha de planificación familiar (%) ➤ Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (%) ➤ Cobertura de atención prenatal (%) ➤ Partos atendidos por personal sanitario especializado (%) ➤ Nacimientos por cesárea (%) ➤ Consulta de atención postnatal en los dos días posteriores al parto (%) ➤ Neonatos protegidos al nacer frente al tétanos neonatal (%) ➤ Cobertura de inmunización en niños de 1 año (%) ➤ Niños entre 6- 59 meses que recibieron suplementos de vitamina A (%) ➤ Menores de 5 años con síntomas de IRA que fueron llevados a un centro de salud (%) ➤ Menores de 5 años con síntomas de IRA que recibieron antibióticos (%) ➤ Menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (SRO y / o SCR) (%) ➤ Menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticida (%) ➤ Menores de 5 años con fiebre que recibieron tratamiento con algún antipalúdico (%) ➤ Embarazadas infectadas por el VIH que reciben antirretrovirales para prevenir la TMN (%) ➤ Cobertura del tratamiento antirretrovírico en la población con infección por el VIH avanzada (%) ➤ Tasa de detección de casos de todas las formas de tuberculosis (%) ➤ Tasa de éxito terapéutico en la tuberculosis con baciloscopia (frotis) positiva (%)
<p>Grupo 5: Factores de riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%) ➤ Población que usa servicios de saneamiento mejorado (%) ➤ Población que utiliza combustibles sólidos (%) ➤ Tasa de prematuridad (por 100 nacidos vivos) ➤ Lactantes alimentados exclusivamente al pecho durante los primeros 6 meses de vida (%) ➤ Menores de 5 años emaciados (%) ➤ Menores de 5 años con retraso del crecimiento (%) ➤ Menores de 5 años con insuficiencia ponderal (%) ➤ Menores de 5 años que tienen sobrepeso (%) ➤ Prevalencia de hiperglucemia en ayunas en adultos de 25 o más años (%)

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia de HTA en adultos de 25 o más años (%) ➤ Obesidad en adultos de 20 o más años (%) ➤ Consumo de alcohol entre adultos de 15 o más años (litros de alcohol puro por persona y año) ➤ Prevalencia del consumo de cualquier producto de tabaco fumado entre adultos de 15 o más años (%) ➤ Prevalencia del consumo actual de tabaco en adolescentes de entre 13 y 15 años (%) ➤ Prevalencia del uso del preservativo en relaciones sexuales de alto riesgo en adultos de entre 15 y 49 años (%) ➤ Población de entre 15- 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH / SIDA (%)
Grupo 6: Sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Densidad de médicos por 10000 habitantes ➤ Densidad de enfermería y partería por 10000 habitantes ➤ Densidad del personal de odontología por 10000 habitantes ➤ Densidad del personal farmacéutico por 10000 habitantes ➤ Densidad de trabajadores de salud pública y medioambiental por 10000 habitantes ➤ Densidad de agentes de salud comunitaria por 10000 habitantes ➤ Densidad de psiquiatras por 10000 habitantes ➤ Hospitales por 100000 habitantes ➤ Camas de hospital por 10000 habitantes ➤ Camas psiquiátricas por 10000 habitantes ➤ Unidades de tomografía computarizada (por millón de habitantes por millón de habitantes) ➤ Unidades de Radioterapia por millón de habitantes ➤ Mediana de la disponibilidad de determinados medicamentos genéricos en los sectores público y privado (%) ➤ Mediana de la razón de precios al consumidor de determinados medicamentos genéricos (%)
Grupo 7: Gasto sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gasto total en salud como % del PIB ➤ Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud ➤ Gasto privado en salud como % del gasto total en salud ➤ Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno ➤ Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud ➤ Gastos de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud ➤ Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud ➤ Planes de prepago privados como % del gasto privado en salud ➤ Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$) ➤ Gasto total en salud per cápita en dólares internacionales (PPA) ➤ Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$) ➤ Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales (PPA)

Grupo 8: Inequidades en salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia de uso de anticonceptivos: métodos modernos (%) ➤ Cobertura de la atención prenatal: al menos cuatro consultas (%) ➤ Partos atendidos por personal de salud cualificado (%) ➤ Cobertura de la inmunización con DPT3 en niños de 1 año (%) ➤ Niños menores de 5 años con retraso del crecimiento (%) ➤ Tasa de mortalidad de menores de 5 años (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por 1000 habitantes)
Grupo 9: Indicadores demográficos y socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Población total (miles) ➤ Mediana de edad de la población (años) ➤ Población menor de 15 años (%) ➤ Población mayor de 60 años (%) ➤ Tasa anual de crecimiento (%) ➤ Población que vive en zonas urbanas (%) ➤ Cobertura del registro civil (%) de los nacimientos y las causas de muerte ➤ Tasa bruta de natalidad (por 1000 habitantes) ➤ Tasa bruta de mortalidad (por 1000 habitantes) ➤ Tasa de fecundidad total (por mujer) ➤ Tasa de fecundidad de las adolescentes (por 1000 mujeres de entre 15 y 19 años) ➤ Tasa de alfabetización de adultos de 15 o más años (%) ➤ Tasa neta de escolarización primaria (%) ➤ Ingreso nacional bruto per cápita en dólares internacionales (PPA) ➤ Población que vive con menos de 1 dólar al día (% dólares internacionales PPA) ➤ Abonados de telefonía móvil (por 100 habitantes)

JUSTIFICACIÓN

En marzo de 2011 comenzaba la guerra de Siria, que enfrenta al gobierno de Bashar Al-Asad junto a las Fuerzas Armadas en contra de diversos grupos rebeldes de la oposición. Desde su inicio hasta la actualidad, este conflicto civil ha generado un cúmulo de daños directos e indirectos en la sociedad.

A pesar de ser un tema con una amplia repercusión a nivel mundial, los conocimientos de la población acerca de los efectos que está causando el conflicto sirio son escasos y, a menudo, alejados de la realidad.

Para conocer el verdadero impacto que está produciendo la guerra de Siria en los indicadores de la Organización Mundial de la Salud, es imprescindible llevar a cabo una revisión de los datos previos al conflicto, para establecer una comparativa con los actuales y así analizar de qué manera ha influido en los mismos.

OBJETIVOS

El presente Trabajo fin de máster tiene los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

- Recopilar la bibliografía científica existente y publicada en los años previos al conflicto y en la actualidad, en relación a los indicadores sanitarios que figuran en las estadísticas anuales publicadas por la Organización Mundial de la Salud para posteriormente llevar a cabo un análisis de los datos obtenidos y realizar una comparativa que nos permita conocer el impacto que ha tenido el conflicto en dichos indicadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ejecutar un análisis pormenorizado de la situación pasada y actual en Siria en cuanto al número de desastres, muertos, heridos, afectados y pérdidas económicas.
- Realizar un compendio de la población de refugiados sirios en cuanto a número y distribución geográfica.

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo el presente Trabajo Fin de Máster se consultaron los informes de la Organización Mundial de la Salud donde figuran las estadísticas sanitarias mundiales.

Posteriormente, siguiendo la metodología PRISMA para la publicación de revisiones sistemáticas, se realizó una revisión bibliográfica cuyas fuentes fueron las bases electrónicas de datos, PUBMED y COCHRANE; y las bases de datos de organizaciones mundiales como la WHO websites y Centre for Research on the Epidemiology of Disaster (Em-Dat y Ce-Dat). También se consultó el manual del Proyecto Esfera y la revista "Emergencias", ya que es la principal revista sobre emergencias en castellano. La búsqueda se realizó directamente en sus índices.

Del mismo modo ha sido revisada la bibliografía de los artículos que se han localizado, con el objetivo de encontrar información adicional.

La búsqueda se ha centrado en el periodo de tiempo comprendido entre 2006-2014. Para llevarla a cabo se han empleado los siguientes términos "Syria war", "Syrian refugees" y "Syria health indicators".

Se han seleccionado aquellos artículos en los que se hace referencia a los indicadores empleados por la Organización Mundial de la Salud. Se descartaron aquellos artículos que hacían referencia a otro tipo de indicadores.

RESULTADOS

A partir de los informes donde figuran las estadísticas sanitarias mundiales de la OMS, se obtuvo la clasificación de indicadores que se va a emplear, así como el valor de los mismos durante el periodo de tiempo comprendido entre 2006-2014.

En Pubmed se han localizado un total de 106 referencias bibliográficas utilizando las palabras clave seleccionadas. De todas estas referencias se analizaron 47 resúmenes. Posteriormente se procedieron a leer 24 artículos completos y, en base a la información suministrada en los mismos, se seleccionaron 15 de ellos.

En Cochrane se han localizado un total de 15 referencias bibliográficas según las palabras clave seleccionadas. De todas estas referencias se analizaron 2 resúmenes y, en base a la información suministrada en los mismos, se decidió no incluirlos en el trabajo.

En relación a la búsqueda en la revista "Emergencias", se realizó revisando los índices de contenidos en el periodo de tiempo comprendido entre 2006-2014. No se ha localizado ninguna referencia bibliográfica según las palabras clave.

En el CRED se encontró que en el periodo de tiempo comprendido entre 1900-2014 se han registrado en Siria un total de:

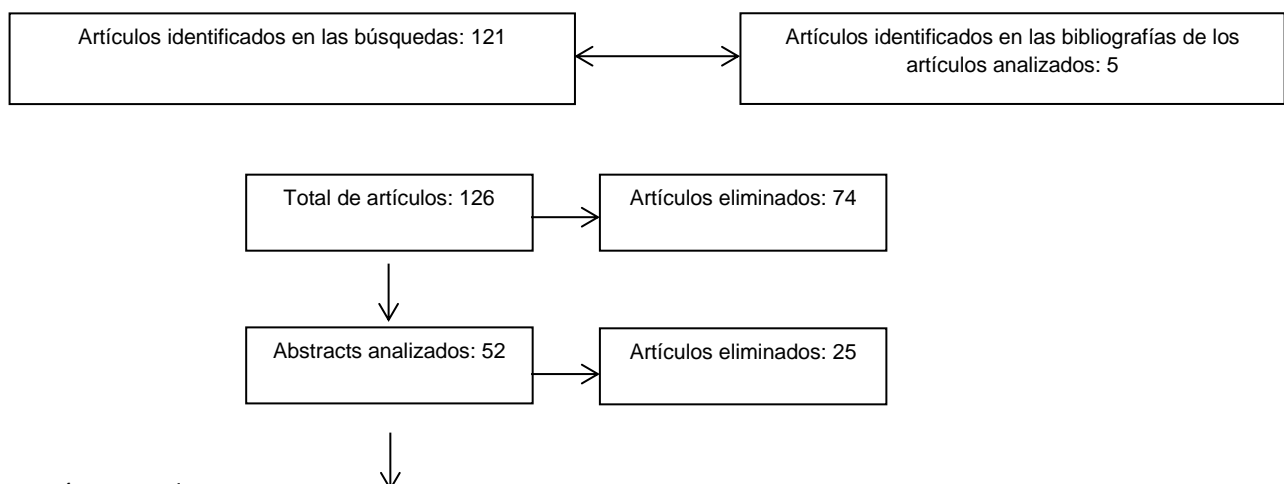
- 33 desastres
- 675 muertos
- 787 heridos
- 1.811.165 afectados
- 77.000 personas sin hogar
- 1.888.952 afectados totales
- Pérdidas económicas que ascienden a un total de 89.000 millones de dólares

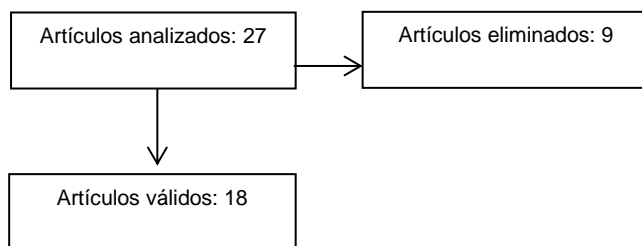
Para obtener información adicional se realizó una selección dentro de las referencias bibliográficas que constaban en los artículos válidos. Se eligieron 5 artículos, de los que se analizaron 3 resúmenes, que tras el análisis se consideraron válidos para añadir al trabajo.

A partir de la información obtenida se han elaborado tablas y comentado cuales han sido los datos obtenidos, siendo complementados con información adicional.

Este pequeño resumen de la búsqueda queda adaptado a la metodología Prisma en la siguiente figura:

Figura 1. Resultados globales de la búsqueda según la metodología PRISMA





En la siguiente tabla se refleja un resumen con los datos más relevantes de cada artículo analizado:

Tabla 4. Resumen de los artículos seleccionados

Artículos válidos	Fecha	Grupo de indicadores	Datos relevantes
Syrian health crisis in Lebanon	➤ 2014	➤ Grupo 9	➤ N° total de refugiados en Líbano: 1.000.000
The war on Syrian civilians	➤ 2014	➤ Grupo 9 ➤ Grupo 6	➤ N° total de fallecidos: 100.000- 150.000 ➤ N° total de refugiados: 2.400.000 ➤ Estado logístico de los hospitales
Health response system for Syria: beyond official narrative	➤ 2014	➤ Grupo 4 ➤ Grupo 5	➤ Niños < 2 años que no están vacunados ➤ Cobertura de vacunación según la distribución geográfica ➤ Disminución en la cobertura de vacunación
An early warning and response system for Syria	➤ 2013	➤ Grupo 3	➤ Creación de varios grupos centinela que actúan como un sistema de alerta precoz que detecta las epidemias
Health professionals	➤ 2013	➤ Grupo 3	➤ Aparición de

in Syria		➤ Grupo 2	nuevos casos de hepatitis a y fiebre tifoidea ➤ Modificaciones en las causas de muerte de la población
A war within a war	➤ 2014	➤ Grupo 3	➤ Casos de polio en niños
Field hospitals in Syria	➤ 2014	➤ Grupo 6	➤ Alternativas a la destrucción de centros sanitarios ➤ Hospitales de campaña y apoyo médico internacional
A wake-up call for polio eradication	➤ 2014	➤ Grupo 3 ➤ Grupo 4	➤ Fecha de confirmación del brote de polio ➤ Tasa de inmunización para la polio ➤ N° total de niños sin vacunar
Responding to the Syrian Crisis the needs of women and girls	➤ 2014	➤ Grupo 4	➤ Aumento de las cesáreas
Polio outbreak leads to calls for a "vaccination ceasefire" in Syria	➤ 2013	➤ Grupo 3	➤ Llamada a un alto al fuego en cuestiones de vacunación para evitar epidemias
Syrian refugees in Turkey: numbers and emotions	➤ 2013	➤ Grupo 9	➤ N° total de refugiados en Turquía
Physicians, health facilities targeted in war-torn Syria	➤ 2013	➤ Grupo 6	➤ N° total de fallecidos: médicos y enfermeras ➤ N° total de trabajadores fallecidos durante el ejercicio de la profesión ➤ Estado logístico de los hospitales
Health: Syrian Arab	➤ 2013	➤ Grupo 6	➤ Disminución en la

Republic			producción de fármacos de un 90%
World report 2014: events of 2013	➤ 2014	➤ Grupo 9	➤ Principales países donde acuden los refugiados
Syrian Arab Republic, Jordan, Turkey, Lebanon, Iraq and Egypt: situation report	➤ 2013	➤ Grupo 3	➤ Brotes de leishmaniasis
Syrian refugees and Jordan's health sector	➤ 2013	➤ Grupo 9	➤ Total de refugiados en Jordania en 2013 ➤ Campamentos de refugiados
The right to health for Syrian refugees	➤ 2013	➤ Grupo 3	➤ Principales brotes en la población refugiada
Syrian refugees and sexual violence	➤ 2013	➤ Grupo 4	➤ Aumento en la incidencia de VIH, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual

En la siguiente tabla se incluyen los grupos de indicadores que figuran en las estadísticas sanitarias mundiales de la Organización Mundial de la Salud.

Se han registrado los datos de cada uno de los indicadores durante el periodo comprendido entre 2006-2014, aunque cabe reseñar que hay apartados para los que no se ha obtenido información. Posteriormente se han separado los valores correspondientes al periodo anterior al conflicto y al actual.

Tabla 5. Grupos de indicadores con valores antes y durante el conflicto

Grupo	Indicador	Antes del conflicto				Durante el conflicto			
			Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1	La esperanza de vida al nacer (años)								
		2008	72	70	75	2011	75	73	77
		2009	74	71	76	2012	68	62	76
1	La esperanza de vida a los 60 años (años)								
		2009	19	17	21	2011	20	19	21
						2012	19	18	22
1	Esperanz	Ambos sexos:				Ambos sexos:			

	a de vida sana al nacer (años)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2002: 62 ➤ 2007: 63 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2012: 59 																		
1	Tasa de mortinatalidad (por 1000 nacimientos en total)	Ambos sexos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2009: 12 	Ambos sexos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: - ➤ 2012: - 																		
1	Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	Ambos sexos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 8 ➤ 2009: 9 	Ambos sexos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 9 ➤ 2012: 9 																		
1	Tasa de mortalidad de menores de 1 año (probabilidad de morir antes de cumplir 1 año por 1000 nacidos vivos)	Ambos sexos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 14 ➤ 2010: 14 	Ambos sexos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 13 ➤ 2012: 12 																		
1	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por 1000 nacidos vivos)	Ambos sexos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 16 ➤ 2010: 16 	Ambos sexos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 15 ➤ 2012: 15 																		
1	Tasa de mortalidad de adultos (probabilidad de morir entre los 15 y 60 años de edad por	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2008</td> <td>179</td> <td>120</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>159</td> <td>95</td> </tr> </tbody> </table>		Hombres	Mujeres	2008	179	120	2009	159	95	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2011</td> <td>132</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>2012</td> <td>332</td> <td>109</td> </tr> </tbody> </table>		Hombres	Mujeres	2011	132	75	2012	332	109
	Hombres	Mujeres																			
2008	179	120																			
2009	159	95																			
	Hombres	Mujeres																			
2011	132	75																			
2012	332	109																			

	cada 1.000 habitantes																		
2	Tasa de mortalidad normalizada según la edad, por causas (por 100.000 habitantes)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Enf. No transmisibles</th> <th>Enf. Transmisibles</th> <th>Traumatismos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2008</td> <td>619</td> <td>56</td> <td>45</td> </tr> </tbody> </table>		Enf. No transmisibles	Enf. Transmisibles	Traumatismos	2008	619	56	45	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Enf. No transmisibles</th> <th>Enf. transmisibles</th> <th>Traumatismos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2012</td> <td>573</td> <td>41</td> <td>308</td> </tr> </tbody> </table>		Enf. No transmisibles	Enf. transmisibles	Traumatismos	2012	573	41	308
	Enf. No transmisibles	Enf. Transmisibles	Traumatismos																
2008	619	56	45																
	Enf. No transmisibles	Enf. transmisibles	Traumatismos																
2012	573	41	308																
2	Número de defunciones de menores de 5 años (miles)	Ambos sexos: ➤ 2008: 8	Ambos sexos: ➤ 2012: 8																
2	Distribución de las causas de muerte de menores de 5 años (%)	-2008- <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prematuridad: 27 ➤ Anomalías congénitas: 22 ➤ Otros: 22 ➤ Neumonía: 11 ➤ Traumatismos: 7 ➤ Asfixia: 6 ➤ Diarrea: 4 ➤ Sepsis: 1 ➤ VIH: - ➤ Malaria: - ➤ Sarampión: - 	-2012- <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prematuridad: 25 ➤ Anomalías congénitas: 17 ➤ Otros: 14 ➤ Neumonía: 9 ➤ Traumatismos: 10 ➤ Asfixia: 11 ➤ Diarrea: 4 ➤ Sepsis: 6 ➤ VIH: - ➤ Malaria: - ➤ Sarampión: - 																
2	Tasa de mortalidad de adultos de entre 30 y 70 años normalizada según la edad, por causas (por 100000 habitantes)	-2008- <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cualquier causa: 611 ➤ Enfermedades cardiovasculares y diabetes: 327 ➤ Cáncer: 75 ➤ Trastornos respiratorios crónicos: 27 	-2012- <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cualquier causa: - ➤ Enfermedades cardiovasculares y diabetes: - ➤ Cáncer: - ➤ Trastornos respiratorios crónicos: - 																
2	Razón de mortalidad materna (por 100000 nacidos)	➤ 2010: 70	➤ 2013: 49																

	vivos)								
2	Tasa de mortalidad por causas específicas (por 100000 habitantes)		VIH	Malaria	Tuberculosis		VIH	Malaria	Tuberculosis
		2008	-	-	2,3	2012	-	-	2,1
		2010	-	-	1,8				
2	Incidencia (por 100000 habitantes y año)		VIH	Malaria	Tuberculosis		VIH	Malaria	Tuberculosis
		2008	-	-	22	2011	-	-	19
						2012	-	-	18
2	Prevalencia (por 100000 habitantes)		VIH	Tuberculosis			VIH	Tuberculosis	
		2008	-	15		2011	-	23	
						2012	-	24	
3	Número de casos notificados de lepra	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 5 ➤ 2010: 1 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 2 ➤ 2012: - 			
3	Número de casos notificados de malaria	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 51 ➤ 2009: 39 ➤ 2010: 0 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 0 ➤ 2012: - 			
3	Número de casos notificados de sarampión	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 19 ➤ 2010: 26 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 13 ➤ 2012: 13 			
3	Número de casos notificados de parotiditis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 561 ➤ 2010: 145 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 95 ➤ 2012: 52 			
3	Número de casos notificados de tos ferina	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2007: 140 ➤ 2009: 19 ➤ 2010: 70 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 90 ➤ 2012: 4 			
3	Número de casos notificados de rubeola	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 5 ➤ 2009: 2 ➤ 2010: 20 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 7 ➤ 2012: 1 			
3	Número de casos notificados de difteria	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 0 ➤ 2010: 0 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 0 ➤ 2012: 0 			
3	Número	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2009: 4 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 2 			

	de casos notificados de tétanos neonatal	➤ 2010: 5	➤ 2012: 1
3	Número de casos notificados de tétanos total	➤ 2008: 8 ➤ 2009: 5 ➤ 2010: 6	➤ 2011: 3 ➤ 2012: 13
3	Número de casos notificados de tuberculosis	➤ 2008: 1116 ➤ 2009: 4050 ➤ 2010: 3666	➤ 2011: 3395 ➤ 2012: 3003
3	Número de casos notificados de cólera	-	-
3	Número de casos notificados de gripe por virus H5N1	-	-
3	Número de casos notificados de encefalitis japonesa	➤ 2008: 0 ➤ 2010: 0	➤ 2011: 0 ➤ 2012: 0
3	Número de casos notificados de meningitis	-	-
3	Número de casos notificados de peste	-	-
3	Número de casos notificados de síndrome de rubeola congénita	➤ 2008: 0 ➤ 2010: 0	➤ 2011: 0 ➤ 2012: 0
3	Número de casos notificados de fiebre amarilla	➤ 2008: 0 ➤ 2010: 0	➤ 2011: 0 ➤ 2012: 0
3	Número de casos	➤ 2008: - ➤ 2009: -	➤ 2012: 0 ➤ 2013: 23

	notificados de poliomielitis																	
3	Leishmaniasis	-	Brote															
4	Necesidad insatisfecha de planificación familiar (%)	➤ 2000-2006: 30,6	➤ 2006-2012: -															
4	Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (%)	➤ 2000-2006: 58,3	➤ 2006-2013: 58															
4	Cobertura de atención prenatal (%)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Al menos 1 visita</th> <th>Al menos 4 visitas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2000-2006</td> <td>-</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>2000-2008</td> <td>84</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		Al menos 1 visita	Al menos 4 visitas	2000-2006	-	42	2000-2008	84	-	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Al menos 1 visita</th> <th>Al menos 4 visitas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2006-2013</td> <td>88</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		Al menos 1 visita	Al menos 4 visitas	2006-2013	88	-
	Al menos 1 visita	Al menos 4 visitas																
2000-2006	-	42																
2000-2008	84	-																
	Al menos 1 visita	Al menos 4 visitas																
2006-2013	88	-																
4	Partos atendidos por personal sanitario especializado (%)	➤ 2000- 2006: 93	➤ 2006-2013: 96															
4	Nacimientos por cesárea (%)	➤ 2000-2005: -	➤ 2006-2012: 27															
4	Consulta de atención postnatal en los dos días posteriores al parto (%)	➤ 2000-2006: -	➤ 2006-2012: 27															
4	Neonatos protegidos al nacer frente al tétanos neonatal (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2007: 92 ➤ 2008: 94 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 94 ➤ 2012: 94 															
4	Cobertura	-2008-	-2012-															

	de inmunización en niños de 1 año (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sarampión: 81 ➤ DTP3: 82 ➤ HepB3: 82 ➤ Hib3: 99 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sarampión: 61 ➤ DTP3: 45 ➤ HepB3: 43 ➤ Hib3: 45
4	Niños de entre 6-59 meses que recibieron suplementos de vitamina A (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2000-2007: 2,9 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006-2013: 3
4	Menores de 5 años con síntomas de IRA que fueron llevados a un centro de salud (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2000-2007: 76,8 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006-2013: 77
4	Menores de 5 años con síntomas de IRA que recibieron antibióticos (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2000-2006: - 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006-2013: 71
4	Menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (SRO y / o SCR) (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2000-2007: 67,7 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006-2013: 68
4	Menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratadas con insecticida	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2000-2006: - 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006-2012: -

	(%)		
4	Menores de 5 años con fiebre que recibieron tratamiento o con algún antipalúdico (%)	➤ 2000-2006: -	➤ 2006-2012: - -
4	Embarazadas infectadas por el VIH que reciben antirretroviricos para prevenir la TMN (%)	➤ 2008: - ➤ 2009: -	➤ 2011: - ➤ 2012: -
4	Cobertura del tratamiento o antirretrovirica en la población con infección por el VIH avanzada (%)	➤ 2008: - ➤ 2009: -	➤ 2011: - ➤ 2012: -
4	Tasa de detección de casos de todas las formas de tuberculosis (%)	➤ 2008: 79 ➤ 2010: 90	➤ 2011: 87 ➤ 2012: 77
4	Tasa de éxito terapéutico de la tuberculosis con baciloscopia (frotis) positiva (%)	➤ 2008: 86 ➤ 2010: 89	➤ 2011: 84
5	Población que utiliza fuentes	➤ 2006: 89 ➤ 2008: 89 ➤ 2010: 90	➤ 2011: 90 ➤ 2012: 90

	mejoradas de agua potable (%)		
5	Población que utiliza servicios de saneamiento mejorados (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006: 92 ➤ 2008: 96 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 95 ➤ 2012: 96
5	Población que utiliza combustibles sólidos (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2009: < 5 ➤ 2010: < 5 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2012: < 5
5	Tasa de prematuridad (por 100 nacidos vivos)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2010: 11 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: - ➤ 2012: -
5	Lactantes alimentados exclusivamente al pecho durante los primeros 6 meses de vida (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2000-2008: 28,7 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006-2012: 29
5	Menores de 5 años emaciados (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2000-2006: - 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006-2012: 11,5
5	Menores de 5 años con retraso del crecimiento (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2000-2006: 28,2 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006- 2012: 27,5
5	Menores de 5 años con insuficiencia ponderal (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2000- 2006: 8,5 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006- 2012: 10,1

5	Menores de 5 años con sobrepeso (%)	➤ 2000-2006: 17,5			➤ 2006-2012: 17,9		
5	Prevalencia de hiperglucemia en ayunas en adultos de 25 o más años (%)		Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
		2008	12,9	12,8	2011	-	-
					2012	-	-
5	Prevalencia de HTA en adultos de 25 o más años (%)		Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
		2008	31,8	29,6	2011	-	-
					2012	-	-
5	Obesidad en adultos de 20 o más años (%)		Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
		2008	23,8	39	2011	-	-
					2012	-	-
5	Consumo de alcohol entre adultos de 15 o más años (litros de alcohol puro por persona y año)	➤ 2005: 0,49 ➤ 2008: 1,5 ➤ 2010: 1,2			➤ 2011: - ➤ 2012: -		
5	Prevalencia del consumo de cualquier producto de tabaco fumado entre adultos de 15 o más años (%)		Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
		2006	42,9	-	2011	-	-
		2009	42	-	2012	-	-
5	Prevalencia del consumo actual de tabaco en adolescentes de entre 13		Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
		2000-2007	44,7	26,2	2006-2012	32	17

	a 15 años (%)						
5	Prevalencia del uso del preservativo en relaciones sexuales de alto riesgo en adultos de entre 15 y 49 años (%)		Hombres	Mujeres			
		2000-2006	-	-			
5	Población de entre 15- 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH / SIDA (%)		Hombres	Mujeres			
		2000-2007	-	7			
5	Prevalencia del uso del preservativo en relaciones sexuales de alto riesgo en adultos de entre 15 y 49 años (%)		Hombres	Mujeres			
		2006-2012	-	-			
6	Densidad de médicos por 10000 habitantes	➤ 2000-2006: 5			➤ 2006-2013: 15		
6	Densidad del personal de enfermería y de partería por 10000 habitantes	➤ 2000-2007: 14			➤ 2006-2013: 18,6		
6	Densidad del personal de odontología por 10000 habitantes	➤ 2000-2006: 1			➤ 2006-2013: 7,9		
6	Densidad del personal farmacéutico por 10000	➤ 2000-2006: < 1			➤ 2006-2013: 8,1		

	habitantes		
6	Densidad de trabajadores de salud pública y medioambiental por cada 10.000 habitantes	➤ 2000-2006: -	➤ 2006-2013: -
6	Densidad de agentes de salud comunitaria por cada 10.000 habitantes	➤ 2000-2006: -	➤ 2006-2012: -
6	Densidad de psiquiatras por cada 10.000 habitantes	➤ 2000-2006: -	➤ 2006-2012: < 0,05
6	Densidad de técnicos de laboratorio por cada 10.000 habitantes	➤ 2000-2006: -	➤ 2006-2012: -
6	Densidad de otros profesionales sanitarios por cada 10.000 habitantes	➤ 2000-2006: 6	➤ 2006-2012: -
6	Proporción entre el personal de enfermería y partería y el personal médico	➤ 2000-2006: 2,6	➤ 2006-2012: -

6	Proporción entre el personal sanitario con funciones administrativas y auxiliares y el personal que presta servicios de salud	➤ 2000-2006: 0,2	➤ 2006-2012: -
6	Densidad de hospitales (por 100 000 habitantes)	➤ 2000-2006: -	➤ 2006-2012: -
6	Densidad de camas de hospital (por 10 000 habitantes)	➤ 2000-2007: 14	➤ 2006- 2012: 15
6	Densidad de camas psiquiátricas (por 10.000 habitantes)	➤ 2000-2005: -	➤ 2005-2011: 0,6
6	Densidad de unidades de tomografía computarizada (por millón de habitantes)	➤ 2010: -	➤ 2012: - ➤ 2013: -
6	Densidad de unidades de radioterapia (por	➤ 2010: 0,3	➤ 2013: 0,3

	millón de habitantes)														
6	Densidad de unidades de mamografía de (por millón mujeres entre 50 y 69 años)	➤ 2010: -	➤ 2013: -												
6	Mediana de la disponibilidad de determinados medicamentos genéricos en los sectores público y privado	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Público</th> <th>Privado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1990-2001</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		Público	Privado	1990-2001	-	-	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Público</th> <th>Privado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2001-2012</td> <td>-</td> <td>98,2</td> </tr> </tbody> </table>		Público	Privado	2001-2012	-	98,2
	Público	Privado													
1990-2001	-	-													
	Público	Privado													
2001-2012	-	98,2													
6	Mediana de la razón de precios al consumidor de determinados medicamentos genéricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Público</th> <th>Privado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1990-2001</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		Público	Privado	1990-2001	-	-	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Público</th> <th>Privado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2001-2012</td> <td>-</td> <td>2,5</td> </tr> </tbody> </table>		Público	Privado	2001-2012	-	2,5
	Público	Privado													
1990-2001	-	-													
	Público	Privado													
2001-2012	-	2,5													
7	Gasto total en salud como % del PIB	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 3,1 ➤ 2009: 3,5 ➤ 2010: 3,4 	➤ 2011: 3,4												
7	Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 38,8 ➤ 2009: 46 ➤ 2010: 46 	➤ 2011: 46,3												
7	Gasto privado en salud como %	➤ 2008: 61,2	➤ 2011: 53,7												

	del gasto total en salud		
7	Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 4,6 ➤ 2009: 6 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 5,3
7	Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2009: 0,5 ➤ 2010: 0,8 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 1,2
7	Gastos de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud	-	-
7	Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 100 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 100
7	Planes de prepago como % del gasto privado en salud	-	-
7	Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 71 ➤ 2010: 97 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 102
7	Gasto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 123 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: -

	total en salud per cápita en dólares internacionales (PPA)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2009: 182 ➤ 2010: 175 	
7	Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 27 ➤ 2010: 44 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 47
7	Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales (PPA)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 48 ➤ 2009: 84 ➤ 2010: 80 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: -
8	Prevalencia de uso de anticonceptivos: métodos modernos (%)	<p><u>-Año 2006-</u></p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: 48 ➤ Rural: 35 <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: 29 ➤ Superior: 53 <p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: 34 ➤ Con estudios secundarios/superiores: 46 	<p><u>-Año 2011-</u></p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: - ➤ Rural: - <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: - ➤ Superior: - <p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: - ➤ Con estudios secundarios/superiores: -
8	Cobertura de la atención prenatal: al menos cuatro consultas (%)	<p>- Año 2006-</p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: - ➤ Rural: - <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: - ➤ Superior: - <p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: - ➤ Con estudios secundarios/superiores: - 	<p><u>-Año 2011-</u></p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: - ➤ Rural: - <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: - ➤ Superior: - <p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: - ➤ Con estudios secundarios/superiores: -
8	Partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	<p><u>-Año 2006-</u></p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: 98 ➤ Rural: 88 <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: 78 ➤ Superior: 99 	<p><u>-Año 2011-</u></p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: - ➤ Rural: - <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: - ➤ Superior: -

		<p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: 77 ➤ Con estudios secundarios/superiores: 98 	<p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: - ➤ Con estudios secundarios/superiores: -
8	Cobertura de vacunación DPT3 en niños de 1 año de edad (%)	<p>-Año 2006-</p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: 75 ➤ Rural: 72 <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: 60 ➤ Superior: 79 <p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: 53 ➤ Con estudios secundarios/superiores: 80 <p>-Sexo-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masculino: 73 ➤ Femenino: 75 	<p>-Año 2011-</p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: - ➤ Rural: - <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: - ➤ Superior: - <p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: - ➤ Con estudios secundarios/superiores: - <p>-Sexo-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masculino: - ➤ Femenino: -
8	Niños menores de 5 años con retraso del crecimiento (%)	<p>-Año 2006-</p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: 28 ➤ Rural: 29 <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: 36 ➤ Superior: 26 <p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: 36 ➤ Con estudios secundarios/superiores: 24 <p>-Sexo-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masculino: 30 ➤ Femenino: 27 	<p>-Año 2011-</p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: - ➤ Rural: - <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: - ➤ Superior: - <p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: - ➤ Con estudios secundarios/superiores: - <p>-Sexo-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masculino: - ➤ Femenino: -
8	Tasa de mortalidad de menores de cinco años (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por 1000 nacidos vivos)	<p>-Año 2006-</p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: - ➤ Rural: - <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: - ➤ Superior: - <p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: - ➤ Con estudios secundarios/superiores: - <p>-Sexo-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masculino: - ➤ Femenino: - 	<p>-Año 2011-</p> <p>-Lugar de residencia-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbano: - ➤ Rural: - <p>-Quintil de riqueza-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferior: - ➤ Superior: - <p>-Nivel educativo de la madre-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudios: - ➤ Con estudios secundarios/superiores: - <p>-Sexo-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masculino: - ➤ Femenino: -
9	Población	➤ 2006 19408	➤ 2011: 20766

	total (miles)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2007 19929 ➤ 2008: 21227 ➤ 2009 21906 ➤ 2010 20411 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2012: 21890 												
9	Mediana de edad de la población (años)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006: 21 ➤ 2007: 21 ➤ 2008: 22 ➤ 2009: 22 ➤ 2010: 21 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 21 ➤ 2012: 22 												
9	Población menor de 15 años (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006:36 ➤ 2007: 36 ➤ 2008: 35 ➤ 2009: 35 ➤ 2010: 37 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 36 ➤ 2012: 35 												
9	Población mayor de 60 años (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2006: 5 ➤ 2007: 5 ➤ 2008: 5 ➤ 2009: 5 ➤ 2010: 6 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 6 ➤ 2012: 6 												
9	Tasa anual de crecimiento (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1996-2006: 2,6 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2002-2012: 2,5 												
9	Población que vive en zonas urbanas (%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 54 ➤ 2009: 55 ➤ 2010: 56 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 56 ➤ 2012: 56 												
9	Cobertura del registro civil (%) de los nacimientos y las causas de muerte	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nacimientos</th> <th>Defunciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2000-2006</td> <td>90</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>		Nacimientos	Defunciones	2000-2006	90	90	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nacimientos</th> <th>Defunciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2006-2012</td> <td>96</td> <td>92</td> </tr> </tbody> </table>		Nacimientos	Defunciones	2006-2012	96	92
		Nacimientos	Defunciones												
2000-2006	90	90													
	Nacimientos	Defunciones													
2006-2012	96	92													
9	Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 22,8 ➤ 2010: 22,8 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 22,4 ➤ 2012: 24,4 												
9	Tasa bruta de mortalidad (por 1000 habitantes)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2009: 4,1 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 3,8 ➤ 2012: 6,2 												
9	Tasa de fecundidad total	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 3,2 ➤ 2010: 2,9 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 2,9 ➤ 2012: 3 												

	(por mujer)														
9	Tasa de fecundidad de las adolescentes (por 1000 niñas de entre 15 y 19 años)	-	-												
9	Tasa de alfabetización de adultos de 15 o más años (%)	➤ 2000-2007: 83,1	➤ 2006-2012: 84												
9	Tasa neta de escolarización primaria (%)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2000-2006</td> <td>97</td> <td>97</td> </tr> </tbody> </table>		Hombres	Mujeres	2000-2006	97	97	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2006-2012</td> <td>100</td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>		Hombres	Mujeres	2006-2012	100	98
	Hombres	Mujeres													
2000-2006	97	97													
	Hombres	Mujeres													
2006-2012	100	98													
9	Ingreso nacional bruto per cápita en dólares internacionales (PPA)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2008: 4350 ➤ 2009: 4620 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: - ➤ 2012: 5120 												
9	Población que vive con menos de 1 dólar al día (% dólares internacionales PPA)	-	-												
9	Abonados de telefonía móvil (por 100 habitantes)	➤ 2010: 58	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2011: 63 ➤ 2012: 59 												

GRUPO 1: Esperanza de vida y mortalidad

1º Esperanza de vida al nacer (años)

Desde el año 2008 la esperanza de vida para ambos sexos había ido aumentando hasta situarse en 75 años para ambos sexos, al inicio del conflicto. En cambio, un año después disminuía hasta alcanzar la cifra de 68 años.

Si analizamos la evolución que ha experimentado este indicador en el sexo masculino, se puede observar que el conflicto ha generado un notable impacto. En 2008, la esperanza de vida era de 70 años, en 2011 sufría un ligero aumento y se colocaba en 73 años y en 2012, tras casi un año de conflicto, disminuía hasta alcanzar la cifra de 62 años.

En el sexo femenino, este indicador no ha sufrido grandes variaciones. En 2008 la esperanza de vida era de 75 años, se produjo un aumento gradual hasta 2011 donde alcanzó una cifra de 77 años y en 2012 el valor se redujo a 76 años.

2º La esperanza de vida a los 60 años (años)

En 2009 la esperanza de vida a los 60 años, para ambos sexos era de 19 años. Al comienzo del conflicto en 2011, se situaba en 20 años y en 2012, disminuía ligeramente y recuperaba el valor de 2009.

Si se separa por sexos, en 2009 la esperanza de vida era de 17 años para la población masculina y 21 para la femenina. En 2011 sufría un aumento hasta alcanzar los 19 años en los varones. En las mujeres se mantenía el valor. En 2012, la esperanza de vida a los 60 años en los varones decrecía hasta alcanzar los 18 años. En las mujeres se producía un aumento hasta llegar a los 22 años.

3º Esperanza de vida sana al nacer (años)

En el año 2002 este indicador tenía un valor de 62 años. Cinco años después se incrementó y alcanzó los 63 años. Posteriormente, en 2012, sufrió un descenso hasta colocarse en 59 años.

4º Tasa de mortinatalidad (por 1000 nacimientos en total)

Con respecto a este indicador, solamente se han obtenido datos del 2009. El valor en aquel año era de 12 muertes fetales tardías por cada 1000 nacimientos. Este indicador ya no aparece en los informes posteriores al 2012.

5º Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)

Este indicador muestra el número de fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina por cada 1000 nacidos vivos durante un periodo de tiempo determinado.

En 2008 la tasa de mortalidad neonatal era de 8 fallecidos por cada 1000 nacidos vivos. En 2009 aumentó un 1% y este valor se mantuvo estable hasta 2012.

Con el paso del tiempo, el conflicto se ha intensificado y se ha producido el derrumbe del sistema sanitario. Los cuidados postparto son prácticamente nulos y la atención al recién nacido es insuficiente. Esto trae consigo un aumento en el número de neonatos fallecidos durante las primeras horas o días de vida.¹⁹

6º Tasa de mortalidad de menores de 1 año (probabilidad de morir antes de cumplir 1 año por 1000 nacidos vivos)

Este indicador señala el número de defunciones de niños en el primer año de vida por cada 1000 nacidos vivos durante un periodo de tiempo determinado. Está relacionado con el 4º objetivo de desarrollo del milenio: reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años.²⁰

En 2008, la tasa de mortalidad en menores de un año para ambos sexos era de 14 fallecidos por cada 1000 nacidos vivos. Este porcentaje se mantuvo hasta 2010. En los dos años posteriores fue disminuyendo, un 1% en 2011 y un 2% en 2012.

De igual manera que ocurre con en el indicador anterior, también se ha producido un aumento en el número de muertes en niños menores de un año fruto del conflicto existente.¹⁹

7º Tasa de mortalidad de menores de cinco años (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por 1000 nacidos vivos)

Este indicador señala el número de niños menores de 5 años que mueren por cada 1000 nacidos vivos durante un periodo de tiempo determinado. Está relacionado con el 4º objetivo de desarrollo del milenio: reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años.²⁰

En 2008 la tasa de mortalidad en menores de 5 años era de 16 fallecidos menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos. Este porcentaje se mantuvo hasta 2010. En 2011 disminuyó un 1%. Esta cifra permanecía estable hasta el último registro en 2012. Durante este último año el porcentaje de esta tasa se ha ido incrementando.¹⁹

Desde el inicio del conflicto se calcula que han perdido la vida un total de 10.000 niños, aunque las cifras pueden ser superiores. Esto se relaciona con el estado de vulnerabilidad en la que se encuentra la población infantil.²¹

Este indicador es más sensible que la tasa bruta de mortalidad. Cuando la tasa de los niveles de base no se conoce o se duda de su validez, las organizaciones deben tratar de mantener la TMM5 como mínimo por debajo de 2,0 fallecidos/10.000 habitantes/día²².

8º Tasa de mortalidad de adultos (probabilidad de morir entre los 15 y 60 años de edad por cada 1.000 habitantes)

La tasa de mortalidad de adultos para la población masculina en 2008 era de 179 fallecidos de entre 15-60 años por cada 1000 habitantes, en 2009 disminuyó hasta 159 fallecidos/1000 habitantes y al comienzo del conflicto alcanzaba un valor de 132 fallecidos/1000 habitantes. En 2012 se incrementó en gran medida hasta llegar a un porcentaje de 332 fallecidos/1000 habitantes. Desde entonces se ha seguido incrementando.

La población femenina presenta unos valores inferiores con respecto a la masculina. En 2008 la tasa tenía un valor de 120 fallecidos por cada 1000 habitantes. Estos valores fueron disminuyendo hasta 2011 donde se alcanzó una cifra de 75 fallecidos por cada 1000 habitantes. Pero, como ocurre en el sexo masculino, el conflicto tuvo un gran impacto y aumentó el porcentaje hasta un 109 fallecidos/1000 habitantes. Desde entonces se ha seguido incrementando.

Para finales de agosto de 2014 se habían registrado un total 191.369 muertos. El 85,1% (162.855,019 personas) eran varones, el 9,3% (17.797,317 personas) mujeres y el 5,6 % (10.716,664 personas) restante se trataba de casos en los que no se había podido determinar el sexo del fallecido.⁷

1º Tasa de mortalidad normalizada según la edad, por causas (por 100.000 habitantes)

En 2008 la principal causa de muerte eran las enfermedades no transmisibles con 619 fallecidos por cada 100.000 habitantes, seguida de las enfermedades transmisibles con 56 fallecidos por cada 100.000 habitantes y finalmente los traumatismos con 45 fallecidos por cada 100.000 habitantes.

Desde el inicio del conflicto sirio la situación se ha modificado. Los datos obtenidos en 2012 muestran diferencias. El grupo de las enfermedades no transmisibles se mantuvo como la primera causa de muerte, siendo responsable de 573 muertes por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, la segunda causa de mortalidad ha variado. Los traumatismos han aumentado significativamente, produciendo un total de 308 muertes por cada 100.000 habitantes. El grupo de las enfermedades transmisibles se sitúa como la tercera causa de muerte, generando 41 fallecidos por cada 100.000 habitantes. En la actualidad el número de muertes por traumatismos se sitúa como primera causa de muerte²³.

2º Número de muertes entre los niños de <5 años (miles)

El número de defunciones en menores de 5 años en 2008 era de 8 por cada 1000 personas. Este valor se mantuvo hasta los registros de 2012. En 2013 el número de muertes entre los niños menores de 5 años se incrementaba significativamente.¹⁵

Desde el inicio del conflicto se calcula que han perdido la vida un total de 10.000 niños, aunque las cifras pueden ser superiores²¹.

3º Mortalidad por causas en menores de 5 años (%)

En 2008 la principal causa de muerte en menores de 5 años era la prematuridad con un porcentaje del 27%, seguida de anomalías congénitas y otras causas ambas con un 22%. A continuación se colocaba la neumonía con un porcentaje del 11%, los traumatismos con un 7%, la asfixia con un porcentaje del 6%, la diarrea con un 4% y por último la sepsis neonatal con un porcentaje 1%. Para el resto de causas no se han obtenido datos.

En 2012 la principal causa de mortalidad en menores de 5 años seguía siendo la prematuridad, a pesar de que su porcentaje disminuía hasta situarse en un 25%. Como segunda causa se encontraban las anomalías congénitas, cuyo porcentaje decrecía de un 22% hasta un 17%. Seguidamente se encontraban otras causas que también reducían su importancia y alcanzaban un 14%. La asfixia incrementaba su porcentaje hasta alcanzar un 11% y se colocaba como la 4º causa de mortalidad; los traumatismos también incrementaban su porcentaje y alcanzaban un 10%, la neumonía disminuía su importancia y se quedaba en un 9% siendo la sexta causa de mortalidad, la sepsis neonatal aumentaba su porcentaje hasta alcanzar un 6% y en el último lugar con un 4% se encontraba la diarrea cuyo porcentaje permanecía estable desde 2008. Para el resto de causas (VIH, malaria y sarampión) no se han obtenido datos.

En 2013 una gran cantidad de niños moría a causa de no poder acceder a tratamientos de enfermedades crónicas tales como epilepsia, cáncer, asma, diabetes, hipertensión arterial o insuficiencia renal.¹⁹

4º Tasa de mortalidad de adultos de entre 30 y 70 años normalizada según la edad, por causas a (por 100.000 habitantes)

En 2008 la principal causa de muerte en los adultos de entre 30 y 70 años eran las causas varias con 611 fallecidos por cada 100.000 habitantes, seguida de las enfermedades

cardiovasculares con 327 fallecidos por cada 100.000 habitantes, a continuación se encontraba el cáncer con 75 fallecidos por cada 100.000 habitantes y en último lugar se situaban las enfermedades respiratorias con 27 fallecidos por cada 100.000 habitantes. En la actualidad, la principal causa de muerte en los adultos de entre 30 y 70 años son los traumatismos producidos durante el conflicto²³.

5º Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)

Este indicador señala el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos. Se relaciona con el 5º objetivo de desarrollo del milenio: Mejorar la salud materna²⁰

En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2008, la razón de mortalidad materna descendió notablemente. En 2010 la razón tenía un valor de 70 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, en 2013 sufrió un descenso y alcanzó un valor de 49 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Desde el inicio del conflicto, la atención sanitaria durante el embarazo y postparto ha disminuido y esta situación ha traído consigo un aumento en el número de mujeres fallecidas a raíz de complicaciones que se producen durante el embarazo, el parto o el postparto.

6º Tasa de mortalidad por causas específicas (por 100.000 habitantes)

Este indicador se relaciona con el 6º objetivo de desarrollo del milenio: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades²⁰

En el caso del VIH y malaria no se han obtenido datos durante estos últimos años. Con respecto a la tasa de mortalidad por tuberculosis, en el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2010 se produjo una disminución del 2,3 % a un 1,8%. En 2012 esta tasa se incrementó y alcanzó un porcentaje del 2,1%. Este aumento es debido a que un gran porcentaje de la población vive en condiciones insalubres o de hacinamiento y además padece desnutrición.

7º Incidencia (por 100.000 habitantes y año)

Este indicador se relaciona con el 6º objetivo de desarrollo del milenio: combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.²⁰

La incidencia indica el número de casos nuevos de una determinada enfermedad que se presenta durante un período de tiempo específico. Para el VIH y la malaria no se han obtenido datos en los últimos años. Con respecto a la tuberculosis, en el periodo comprendido entre 2008-2012, ha disminuido un 4%, pasando de un 22% a un 18%.

En la actualidad el porcentaje se ha incrementado debido a que la población está expuesta a factores que favorecen la aparición de dicha enfermedad tales como la pobreza, malnutrición, condiciones de hacinamiento, sistemas de saneamiento deficientes...

8º Prevalencia (por 100.000 habitantes):

Este indicador se relaciona con el 6º objetivo de desarrollo del milenio: combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades²⁰.

La prevalencia indica el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado. Para el VIH no se han obtenido datos. En el caso de la tuberculosis, la prevalencia fue incrementándose desde 2008 donde había un porcentaje del 15% hasta 2012 cuyo porcentaje se situó en un 24

GRUPO 3: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

En el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2013 no se han podido obtener datos sobre los casos de cólera, gripe por el virus H5N1, meningitis y peste. Por otra parte, no se ha notificado ningún caso de difteria, encefalitis japonesa, síndrome de rubeola congénita y fiebre amarilla. Ambas situaciones son muy comunes en Siria desde el inicio del conflicto. La falta de infraestructuras, de transporte y de comunicaciones sumado a la escasez de servicios sanitarios, hace prácticamente imposible la identificación, diagnóstico y notificación de las enfermedades de este tipo.

El número de casos de lepra notificados decreció en el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2011, pasando de 5 casos a 2. En el año 2012 no se pudo llevar a cabo la recogida de datos.

En 2008 fueron notificados 51 casos de malaria, un año después esta cifra disminuyó hasta alcanzar un valor de 39 casos. En 2010 y 2011 no se notificó ningún caso y en 2012, tras un año de conflicto, fue imposible recoger datos sobre el número de casos de esta patología.

El número de casos de sarampión notificados se incrementó en el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2010, pasando de 19 casos a 26. Sin embargo en 2011 se produjo una disminución y solamente se registraron 13. Esta cifra se mantuvo en el 2012.

En 2008 se notificaron 561 casos de parotiditis. Esta cifra ha ido disminuyendo gradualmente hasta 2012 donde sólo se notificaron 52 casos.

En el periodo comprendido entre 2007-2009 hubo un descenso en la notificación de casos de tos ferina pasando de 140 a 19, sin embargo, en 2010 hubo un incremento y se registraron 70 nuevos casos. Al año siguiente continuó aumentando y se notificaron 90 casos. Tras un año de conflicto, las cifras descendieron y solamente se notificaron 4 nuevos casos.

A finales del año 2013 la Organización Mundial de la Salud confirmaba un brote de poliomielitis causado por el poliovirus salvaje de tipo 1.²⁴ Los últimos casos de polio en Siria se habían producido en 1999 y desde entonces se consideraba una enfermedad erradicada.

Hasta la fecha hay un gran número de afectados entre los que se encuentra una elevada cifra de niños. Esto es debido a la disminución en la cobertura de inmunización contra la poliomielitis. En 2013 unos 500.000 niños necesitaban ser vacunados.²⁴⁻²⁵

Pensando en las consecuencias que se pueden producir en Siria y en los países donde acuden los refugiados, se declaró un alto al fuego para poder llevar a cabo la vacunación a la población infantil²⁶. Aunque un amplio porcentaje de la población infantil pudo ser inmunizada, 323.000 niños no pudieron ser vacunados porque vivían en áreas de difícil acceso.²⁷

Además del brote de polio, también han aparecido casos de hepatitis A, fiebre tifoidea²³ y de leishmaniasis²⁸. En el caso de la población siria que se encuentra refugiada en otros países, han aparecido brotes de hepatitis A, fiebre tifoidea, cólera y disentería.²⁹

A raíz de estas situaciones se crearon en septiembre de 2012 un conjunto de centros que llevan a cabo tareas de vigilancia epidemiológica.³⁰

En 2008 se notificaron 5 casos de rubéola, al año siguiente hubo una disminución y sólo fueron notificados 2 nuevos casos, sin embargo, en 2010 hubo un notable incremento y se registraron 20 nuevos casos. El año en que comenzó el conflicto solamente se comunicó la aparición de 7 casos y un año después, esta cifra disminuía hasta 1 sólo caso.

En 2009 se notificaron 4 casos de tétanos neonatal, al año siguiente se produjo un incremento y se registró un caso más. Desde entonces hay una tendencia descendente y se ha pasado de 5 casos en 2009 a 1 en 2012.

En el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2011 hubo un descenso en la notificación de casos de tétanos total pasando de 8 a 3, sin embargo, en 2012 hubo un incremento y se notificaron 13 nuevos casos.

En 2008 se notificaron 1116 casos de tuberculosis, al año siguiente hubo un incremento significativo y fueron registrados 4050 nuevos casos. Desde entonces el número ha ido disminuyendo hasta 3003 casos en 2012. Sin embargo, la malnutrición que sufren los ciudadanos, las condiciones de hacinamiento en la que viven y el sistema de saneamiento deficiente han favorecido la aparición de nuevos casos de tuberculosis.

GRUPO 4: COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

1º Necesidad insatisfecha de planificación familiar (%)

Este indicador se relaciona con el 5º objetivo de desarrollo del milenio: Mejorar la salud materna.²⁰

En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2006 este indicador tenía un porcentaje del 30,6 %. Desde entonces no se han obtenido datos.

Actualmente el estado en el que se encuentra el sistema sanitario sirio no facilita el acceso a la planificación familiar por parte de la población femenina en edad fértil.²⁷

2º Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (%)

Este indicador se relaciona con el 5º objetivo de desarrollo del milenio: Mejorar la salud materna.²⁰

Desde el inicio del conflicto no se han registrado grandes alteraciones en las estadísticas anuales. En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-06 era de un 58,3% y entre 2006-2012 ha sido de 58%. Aunque tras casi 4 años de conflicto y un sistema sanitario prácticamente devastado, el acceso a métodos anticonceptivos es sumamente complicado.

Las ciudadanas sirias que se encuentran refugiadas tampoco tienen un buen acceso a los métodos anticonceptivos. En muchas ocasiones sufren violencia sexual, lo que trae consigo un aumento de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.³¹

3º Cobertura de atención prenatal (%)

Este indicador se relaciona con el 5º objetivo de desarrollo del milenio: Mejorar la salud materna.²⁰

**Al menos 1 consulta:* en el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2008 el porcentaje de cobertura de atención prenatal era del 84%, sin embargo, en el período 2006-2013 se produjo un incremento hasta alcanzar un porcentaje del 88%.

**Al menos 4 consultas:* en el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2006 el porcentaje era del 42%. Desde entonces no se han podido obtener datos.

Desde 2013 la cobertura de atención prenatal, tanto para una consulta como para cuatro, ha disminuido su porcentaje.¹⁹

Esta situación trae consigo que la mujer desarrolle una serie de complicaciones durante el embarazo que pueden derivar en embarazos mortales para la madre y/o el feto.²⁷

4º Partos atendidos por personal sanitario especializado (%)

Este indicador se relaciona con el 5º objetivo de desarrollo del milenio: Mejorar la salud materna.²⁰

En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2006 el porcentaje de partos atendidos por personal especializado era del 93%, en el periodo 2006-2013 ha aumentado el porcentaje hasta alcanzar un 96%.

Desde el año 2013 ha disminuido su porcentaje en gran medida ya que el sistema sanitario está prácticamente devastado, un gran número de hospitales se encuentra fuera de servicio y el personal es incapaz de cubrir la demanda de asistencia.¹⁹

5º Nacimientos por cesárea (%)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2010 el porcentaje de nacimientos por cesárea era del 15%. Desde el comienzo del conflicto, son muchas las mujeres que optan por la opción de una cesárea programada.³²

6º Consulta de atención postnatal en los dos días posteriores al parto (%)

En el periodo 2006-2012 el porcentaje de atención postnatal era del 27%. Desde esa fecha muestra una tendencia decreciente tal y como ocurre en la atención prenatal. Las madres y los recién nacidos no pueden acceder a las consultas, debido a un sistema sanitario que se encuentra prácticamente destruido.²⁷

7º Neonatos protegidos al nacer frente al tétanos neonatal (%)

En 2007 el porcentaje de neonatos protegidos al nacer frente al tétanos neonatal era del 92%. En 2008 sufrió un ligero incremento hasta un 94% y desde entonces y hasta 2012 se ha mantenido en este valor. La inmunización frente al tétanos ha ido disminuyendo según se ha ido desarrollando el conflicto.²⁷

8º Cobertura de la inmunización en niños de 1 año (%)

**Sarampión:*

Este indicador se relaciona con el 4º objetivo de desarrollo del milenio: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.²⁰

Desde el año 2008 el porcentaje de este indicador ha ido disminuyendo hasta pasar de un 81% a un 61%, excepto en 2010, que aumentó ligeramente hasta alcanzar un 82%.

**Difteria, tétanos y tos ferina (DTP3):*

Desde el año 2008 hasta el 2012 el porcentaje de este indicador ha ido disminuyendo de un 82% hasta un 45%.

**Hepatitis B (hepB3):*

En el periodo comprendido entre 2008-10 su porcentaje decreció desde un 82% hasta un 77%. Aunque en 2010 aumentó hasta un 84%, posteriormente ha ido disminuyendo hasta situarse en un 43%

**Haemophilus influenzae tipo B (Hib3):*

Desde el año 2008 hasta el 2012 el porcentaje de este indicador ha ido descendiendo desde un 99% hasta alcanzar un 45%.

La inmunización en la población infantil menor de un año ha ido disminuyendo según se ha ido desarrollando el conflicto, sobretodo en las zonas de difícil acceso.³³

9º Niños de entre 6- 59 meses que recibieron suplementos de vitamina A (%)

En el porcentaje de este indicador prácticamente no se han producido variaciones. Durante el periodo comprendido entre 2000-2007, el porcentaje de niños entre esas edades que tomaron suplementos de vitamina A era de un 2,9% y en la etapa comprendido entre 2006-2012 era de un 3%.

10º Niños menores de 5 años con síntomas de IRA que fueron llevados a un centro de salud (%)

En el periodo comprendido entre 2000-2007 el porcentaje era de un 76,8% y en la etapa 2006-2012 era de un 77%, Por tanto, la modificación que han experimentado los porcentajes ha sido mínima.

11º Niños menores de 5 años con síntomas de IRA que recibieron antibióticos (%)

Durante el periodo 2006-2013 el porcentaje de niños con una edad inferior a 5 años que presentaban sintomatología de infección respiratoria aguda y que recibían tratamiento antibiótico era de un 71%. No ha podido obtenerse información acerca de los años previos a esta etapa mencionada.

12º Niños menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (SRO y / o RHF) (%)

Prácticamente no ha habido variaciones. En el periodo comprendido entre 2000-2007 el porcentaje era de un 67,7% y en la etapa 2006-2012 era de un 68%. Por tanto, la modificación que han experimentado los porcentajes ha sido prácticamente ínfima.

13º Niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratadas con insecticida (%)

Este indicador se relaciona con el 6º objetivo de desarrollo del milenio: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.²⁰

No se han podido obtener datos de este indicador en las estadísticas mundiales anuales.

14º Niños menores de 5 años con fiebre que recibieron tratamiento con algún antipalúdico (%)

Este indicador se relaciona con el 6º objetivo de desarrollo del milenio: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.²⁰

No se han podido obtener datos de este indicador en las estadísticas mundiales anuales.

15º Embarazadas infectadas con VIH que reciben antirretrovíricos para prevenir la TMN (%)

No se han podido obtener datos de este indicador en las estadísticas mundiales anuales.

16º Cobertura de la terapia antirretrovírica en la población con infección por el VIH avanzado (%)

Este indicador se relaciona con el 6º objetivo de desarrollo del milenio: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.²⁰

No se han podido obtener datos de este indicador en las estadísticas mundiales anuales.

17º Tasa de detección de casos de todas las formas de tuberculosis (%)

Este indicador se relaciona con el 6º objetivo de desarrollo del milenio: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.²⁰

En el periodo 2008-2010 el porcentaje de la tasa de detección sufrió un incremento notable y pasó de un 79% a un 90%. Sin embargo, desde el 2011 presenta una tendencia decreciente, pasando de un 87% a un 77%.

18º Tasa de éxito terapéutico de la tuberculosis con baciloscopia (frotis) positiva (%)

Este indicador se relaciona con el 6º objetivo de desarrollo del milenio: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.²⁰

Durante la etapa 2008-2010 el porcentaje de la tasa de éxito terapéutico sufría un incremento pasando de un 86% a un 89%. Sin embargo, en el año 2011 disminuía hasta alcanzar un porcentaje del 84%.

GRUPO 5: FACTORES DE RIESGO

1º Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%)

Este indicador se relaciona con el 7º objetivo de desarrollo del milenio: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.²⁰

Desde el año 2006 hasta el 2012 el porcentaje de población que utiliza fuentes de agua potable se incrementó en un 1%, pasando de un 89% a un 90%.

Después de casi 4 años de conflicto la mayor parte de las infraestructuras de agua y saneamiento están dañadas y las que quedan no son capaces de abastecer a la población. Esta situación trae consigo un aumento de las enfermedades infecciosas.³⁴

2º Población que usa servicios de saneamiento mejorados (%)

Este indicador se relaciona con el 7º objetivo de desarrollo del milenio: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.²⁰

En el periodo de tiempo comprendido entre 2006-2012 el porcentaje de población que utiliza servicios de saneamiento mejorado aumentó en un 4%, pasando de un 92 a un 96%. Desde 2013 el porcentaje ha ido disminuyendo.

Tras casi cuatro años de conflicto, 1/3 de las plantas de saneamiento se ha destruido y la cantidad de agua salubre ha disminuido en un 40%. Todo esto da lugar a un incremento de enfermedades de origen infeccioso.³⁴

3º Población que utiliza combustibles sólidos (%)

Desde el 2009 el porcentaje permanece estable en menos de un 5%.

4º Tasa de prematuridad (por cada 100 nacidos vivos) (%)

Esta tasa indica el número de nacimientos prematuros, es decir, nacidos antes de la 37^o semana de gestación por cada 100 nacidos vivos.

Con respecto a este indicador, solamente se han obtenido datos del año 2010. En ese momento la tasa de prematuridad tenía un porcentaje del 11%.

En la actualidad la tasa de prematuridad se ha incrementado por factores tales como una asistencia ginecológica y prenatal deficiente, así como la malnutrición que sufren muchas mujeres embarazadas.²⁷

5º Lactantes alimentados con leche materna exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida (%)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2008 el porcentaje era de un 28,7% y en la etapa 2006-2012 era de un 29%, Por tanto, la modificación que se ha experimentado ha sido mínima.

6º Menores de 5 años emaciados (%)

En la etapa 2006-2012 tenía un porcentaje del 11,5%. En los años previos no se habían registrado datos sobre este indicador.

En la actualidad el alza de los precios, la escasez y el acceso dificultoso a alimentos apropiados y en cantidad suficiente dan lugar a un aumento significativo de esta tasa.

7º Menores de 5 años con retraso del crecimiento (%)

El retraso del crecimiento, es decir, cuando los niños son demasiado bajos para su grupo de edad en comparación con los patrones de crecimiento infantil, es un indicador clave de la malnutrición crónica.

En el periodo comprendido entre 2000-2006 el porcentaje de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento era de un 28,2%. En la etapa 2006-2012 este porcentaje decreció hasta alcanzar un 27,5%.

Tras casi 4 años de conflicto, esta tasa se ha incrementado a causa de la escasez de alimentos y de un déficit de vitamina A y minerales. Cuando un niño presenta retraso del crecimiento refiere una disminución del desarrollo cerebral, lo que tiene graves repercusiones en la capacidad de aprendizaje.

8º Menores de 5 años con insuficiencia ponderal (%)

Este indicador se relaciona mucho con el 1º objetivo de desarrollo del milenio: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.²⁰

En el periodo comprendido entre 2000-2006 el porcentaje de niños menores de 5 años que presentaban insuficiencia ponderal era de un 8,5%. En la etapa 2006-2012 este porcentaje aumentó en un 1,6 %, hasta alcanzar un 10,1%.

9º Menores de 5 años con sobrepeso (%)

Se considera que un niño tiene sobrepeso cuando su Índice de Masa Corporal (IMC) se encuentra comprendido entre 25-29.

En el periodo comprendido entre 2000-2006 el porcentaje de niños menores de 5 años con sobrepeso era de un 17,5%. Posteriormente, en la etapa 2006-2012 se incrementó en un 0,4% hasta alcanzar un 17,9%.

En 2014, el porcentaje de niños con sobrepeso ha disminuido notablemente y un gran número presenta un IMC por debajo de lo normal.

10º Prevalencia de la hiperglucemia en ayunas en adultos de 25 o más años (%)

Los datos obtenidos corresponden al año 2008. La prevalencia de hiperglucemia en la población masculina era de un 12,9% y para la femenina de un 12,8%.

11º Prevalencia de HTA en adultos de 25 o más años (%)

Los datos obtenidos corresponden al año 2008. La prevalencia de hipertensión arterial en la población masculina era de un 31,8% y para la femenina de un 29,6%.

12º Obesidad en adultos de 20 o más años (%)

Se considera que un adulto tiene sobrepeso cuando su Índice de Masa Corporal (IMC) se encuentra comprendido entre 25-29.

En el año 2008 el 23,8% de la población masculina de 20 años o más presentaba obesidad. En el caso de la población femenina, se alcanzaba un porcentaje del 39%. Desde entonces no se han registrado más datos.

Después de casi 4 años de conflicto el porcentaje de adultos, tanto de sexo femenino como masculino, con sobrepeso ha disminuido y un gran número refiere un IMC por debajo de lo normal.

13º Consumo de alcohol entre los adultos de 15 o más años (litros de alcohol puro por persona y año)

En 2005 el consumo de alcohol entre adultos mayores de 15 años era de 0,49 litros de alcohol puro/ persona/ año. En 2008 esta cifra se elevó hasta 1,5 litros de alcohol puro/persona/año. En los años siguientes no se han podido registrar más datos para este indicador.

14º Prevalencia del consumo de cualquier producto de tabaco fumado entre adultos de 15 o más años (%)

En 2006 la prevalencia del consumo de cualquier producto de tabaco fumado era de un 42,9% para el sexo masculino. Para el sexo femenino no se obtuvieron datos. En 2009, la prevalencia disminuyó hasta alcanzar un 42% en el sexo masculino. Para el sexo femenino la situación continuó como en 2006. Desde entonces no se han podido obtener más datos para ambos sexos.

15º Prevalencia del consumo actual de tabaco en adolescentes de entre 13 y 15 años (%)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2007, la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes era de un 44,7% para hombres y de un 26,2% para mujeres. Posteriormente, en la etapa 2006-2012 se produjo una disminución alcanzando un porcentaje del 32% en hombres y 17 en mujeres.

16º Prevalencia de uso del preservativo en relaciones sexuales de alto riesgo en adultos de entre 15 y 49 años (%)

Este indicador está relacionado con el 6º objetivo de desarrollo del milenio: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.²⁰

No se han podido obtener datos de este indicador en las estadísticas mundiales anuales.

17º Población de entre 15- 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH / SIDA (%)

Este indicador está relacionado con el 6º objetivo de desarrollo del milenio: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades ²⁰.

No se han podido obtener datos de este indicador en las estadísticas mundiales anuales.

GRUPO 6: SISTEMAS DE SALUD

1º Densidad de médicos (por 10.000 habitantes)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2006 la densidad de médicos era de 5 profesionales por cada 10.000 habitantes. En el periodo 2006-2013 se produjo un incremento en la densidad alcanzando una cifra de 15 médicos por cada 10.000 habitantes.

Durante el transcurso del conflicto unos 100 médicos fueron asesinados, muchos de ellos mientras ejercían su profesión, 111 heridos, 477 han sido encarcelados y una gran cantidad ha tenido que huir del país. Como resultado, la mayor parte del personal que hay en los hospitales sirios son alumnos o residentes de medicina con escasos conocimientos y experiencia relacionada con los conflictos bélicos.³⁵

2º Densidad de enfermería y partería de personal (por 10.000 habitantes)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2007 la densidad de personal de enfermería y partería era de 14 profesionales por cada 10.000 habitantes. En el periodo 2006-2013 se produjo un incremento en la densidad, alcanzando una cifra de 18,6 enfermeras por cada 10.000 habitantes. En 2013, se había registrado el fallecimiento de 50 enfermeras.³⁵

3º Densidad del personal de odontología (por 10.000 habitantes)

En el periodo comprendido entre 2000-2006 la densidad de odontólogos era de 1 profesional por cada 10.000 habitantes. En el periodo 2006-2013 se produjo un incremento notable, alcanzando una cifra de 7,9 odontólogos por cada 10.000 habitantes.

4º Densidad del personal farmacéutico (por 10.000 habitantes)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2006 la densidad de farmacéuticos era de <1 profesional por cada 10.000 habitantes. En el periodo 2006-2013 se produjo un aumento notable en la densidad alcanzando una cifra de 8,1 farmacéuticos por cada 10.000 habitantes.

5º Densidad de trabajadores de salud pública y medioambiental (por 10.000 habitantes)

Aunque está presente en varios de los informes, no se han podido obtener datos para este indicador.

6º Densidad de agentes de salud comunitaria (por 10.000 habitantes)

Aunque está presente en varios de los informes, no se han podido obtener datos para este indicador. No figuran datos en las estadísticas anuales.

7º Densidad de psiquiatras (por 10.000 habitantes)

En el periodo 2005-2012 la densidad de psiquiatras es de < 0,05 profesionales por cada 10.000 habitantes. Previamente no se habían obtenido datos acerca de este indicador.

8º Técnicos de laboratorio (por 10.000 habitantes)

Aunque está presente en varios de los informes, no se han podido obtener datos para este indicador. No figuran datos en las estadísticas anuales.

9º Otros profesionales sanitarios (por 10.000 habitantes)

La densidad de otros profesionales sanitarios durante el periodo comprendido entre 2000-2007 era de 6 profesionales por cada 10.000 habitantes. Desde ese año no se han registrado más datos acerca de este indicador.

10º Proporción entre el personal de enfermería y partería y el personal médico

En la etapa comprendida entre 2000-2006 la proporción era de 2,6 enfermeros por cada médico. Desde ese año no se han registrado más datos acerca de este indicador.

11º Proporción entre el personal sanitario con funciones administrativas y auxiliares y el personal que presta servicios de salud

En el periodo comprendido entre 2000-2006 la proporción era de 0,2 profesionales con funciones administrativas por cada profesional que presta servicios de salud. Desde ese año no se han registrado más datos acerca de este indicador.

12º Hospitales (por 100.000 habitantes)

Aunque está presente en varios de los informes, no se han podido obtener datos para este indicador. No figuran datos en las estadísticas anuales.

En 2013, un 53% de los hospitales públicos se encontraba dañado y un 37% fuera de servicio. Una gran cantidad de hospitales y clínicas han sido bombardeados y esto ha traído consigo una escasez de equipos y suministros.³⁶

En agosto de 2014 un 60% de los hospitales estaba prácticamente destrozado o fuera de servicio y el material se encontraba, en multitud de ocasiones, sin esterilizar. En el caso de los centros de atención primaria el porcentaje se situaba en un 70%.²⁷

Para intentar evitar más daños han surgido alternativas, como por ejemplo la instalación de hospitales bajo tierra. También se han instalado una serie de hospitales de campaña más sofisticados, que junto con el apoyo médico internacional, ha sido de mucha ayuda para la población pero aún es insuficiente.³⁷

13º Camas de hospital (por 10.000 habitantes)

En el periodo 2000-2007 el número de camas por cada 10.000 habitantes era de 14. Posteriormente en la etapa 2006-2012 la cifra se incrementó hasta alcanzar un valor de 15 camas por cada 10.000 habitantes.

Con un 60% de los hospitales fuera de servicio, el número de camas ha disminuido notablemente, resultando insuficiente para la demanda asistencial.²⁷

14º Camas para pacientes psiquiátricos (por 10.000 habitantes)

En el periodo de tiempo comprendido entre los años 2006 y 2010, el número de camas para pacientes psiquiátricos era de 0,6 por cada 10.000 habitantes.

Como ocurre en el indicador anterior, se ha producido una disminución en el número de camas psiquiátricas.²⁷

15º Unidades de tomografía computarizada (por millón de habitantes)

Aunque está presente en varios de los informes, no se han podido obtener datos para este indicador

16º Unidades de Radioterapia (por millón de habitantes)

En el año 2010 el número de unidades de radioterapia era de 0,3 por cada millón de habitantes. Esta cifra ha mantenido su valor hasta 2013.

17º Unidades de mamografía (por millón de mujeres entre 50 y 69 años)

Aunque está presente en varios de los informes, no se han podido obtener datos para este indicador.

18º Mediana de la disponibilidad de determinados medicamentos genéricos en los sectores público y privado (%)

Este indicador se relaciona con el 8º objetivo de desarrollo del milenio: fomentar una alianza mundial para el desarrollo.²⁰

El porcentaje de la mediana de disponibilidad de determinados medicamentos genéricos durante el periodo 2001-2012 era de un 98,2% en el sector privado. Para el sector público no se han podido obtener datos.

La disponibilidad de determinados fármacos básicos tales como analgésicos o antibióticos ha disminuido en un amplio porcentaje además en muchas ocasiones los medicamentos de los que disponen están caducados.³⁸⁻²⁷

19º Mediana de la razón de precios al consumidor de determinados medicamentos genéricos (%)

Este indicador se relaciona con el 8º objetivo de desarrollo del milenio: fomentar una alianza mundial para el desarrollo.²⁰

El porcentaje de la mediana de la razón de precios al consumidor durante el periodo 2001-2012 era de 2,5 en el sector privado. Para el sector público no se han podido obtener datos.

GRUPO 7: GASTO SANITARIO

1º Gasto total en salud como % del PIB

En 2008 era de un 3,1%, al año siguiente sufrió un incremento de 0,4%. Sin embargo, en 2010 descendió hasta alcanzar un 3,4%. Esta cifra se mantenía hasta el 2011.

2º Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud

En 2008 el gasto era de 38,8%. Ha ido aumentando hasta el inicio de la guerra en 2011 hasta alcanzar un porcentaje del 46,3%.

3º Gasto privado en salud como % del gasto total en salud

En 2008 era de un 61,2% pero, posteriormente, fue disminuyendo hasta alcanzar un porcentaje del 53,7% en 2011.

4º Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno

En 2008 era un 4,6%, un año después se incrementó hasta un 6% y desde entonces fue disminuyendo ligeramente hasta alcanzar un 5,3% en 2011.

5º Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud

En los dos años previos al conflicto, el porcentaje era de un 0,5%. Al año siguiente sufrió un aumento y se colocó en un 0,8%. En 2011 el porcentaje era de un 1,2%

6º Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud

No se han podido recoger datos de este indicador

7º Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud

Este indicador mantuvo su valor de 100 desde 2008 hasta 2011.

8º Planes de prepaço como % del gasto privado en salud

No se han podido registrar datos de este indicador.

9º Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)

Desde 2008 el gasto total per cápita se ha ido incrementando desde 71 hasta 102 (\$ EE.UU.) en 2011.

10º Gasto total en salud per cápita en dólares internacionales (PPA):

En 2008 este indicador tenía un valor de 123 dólares internacionales. En 2009 se produjo un incremento y se alcanzó una cifra de 182. Sin embargo, al año siguiente volvió a disminuir hasta situarse en 175 dólares internacionales. Desde entonces no se han registrado más datos para este indicador.

11º Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)

En 2008 el gasto del gobierno en salud per cápita era de 27(\$ EE.UU). Con el paso de los años se fue incrementando hasta situarse en 47 (\$ EE.UU) en el año 2011.

12º Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales (PPA)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2009, el gasto del gobierno en salud per cápita se incrementó notablemente, pasando de 48 dólares internacionales a 84. Al año siguiente la cifra descendió a 80 dólares internacionales. Desde entonces no se han obtenido más datos.

GRUPO 8: INEQUIDADES EN SALUD

A continuación se ofrecen los datos recopilados en Encuestas de Demografía y Salud (EDS) llevadas a cabo en 2006. Se presentan seis indicadores sanitarios. Los datos se desglosan según la zona de residencia (urbana o rural), el quintil de riqueza (inferior o superior), el nivel educativo de la madre (ningún tipo de educación o estudios secundarios/superiores) y, cuando procede, el sexo del niño.

Los datos obtenidos sirven para identificar las diferencias injustas y evitables en materia de salud y de dispensación de servicios de atención sanitaria.

1º Prevalencia del uso de anticonceptivos: métodos modernos (%)

-LUGAR DE RESIDENCIA-

En 2006 la prevalencia del uso de anticonceptivos era de un 48% en zonas urbanas y de un 35% en zonas rurales.

-QUINTIL DE RIQUEZA-

En 2006 la prevalencia del uso de anticonceptivos era de un 29% en el quintil de riqueza inferior y de un 53% en el quintil de riqueza superior.

-NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE-

En 2006 la prevalencia del uso de anticonceptivos era de un 34% en madres sin ningún tipo de estudios y de un 46% en madres con estudios secundarios o superiores.

2º Cobertura de la atención prenatal: al menos cuatro consultas (%)

Este indicador se relaciona con el 5º objetivo de desarrollo del milenio: Mejorar la salud materna.²⁰

No se han podido obtener datos acerca de este indicador.

3º Partos atendidos por personal de salud cualificado (%)

Este indicador se relaciona con el 5º objetivo de desarrollo del milenio: Mejorar la salud materna.²⁰

-LUGAR DE RESIDENCIA-

En 2006 el porcentaje de partos atendidos por profesionales de salud cualificados era de un 88% en las zonas rurales y de un 98% en zonas urbanas.

-QUINTIL DE RIQUEZA-

En 2006 el porcentaje de partos atendidos por profesionales de salud cualificados era de un 78% en el quintil de riqueza inferior y de un 99% en el quintil de riqueza superior.

-NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE-

En 2006 el porcentaje de partos atendidos por profesionales de salud cualificados era de un 77% en madres sin ningún tipo de estudios y de un 98 % en madres con estudios secundarios o superiores.

4º Cobertura de la inmunización DPT3 en niños de 1 año (%)

-SEXO-

En 2006 el porcentaje de cobertura de vacunación de tétanos, difteria y tos ferina en niños menores de 1 año era de un 73% para el sexo masculino y un 75% para el sexo femenino.

-LUGAR DE RESIDENCIA-

En 2006 el porcentaje de cobertura de vacunación de tétanos, difteria y tos ferina era de un 72% en las zonas rurales y de un 75% en las zonas urbanas.

-QUINTIL DE RIQUEZA-

En 2006 el porcentaje de cobertura de vacunación de tétanos, difteria y tos ferina era de un 60% en el quintil de riqueza inferior y de un 79% para el superior.

-NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE-

En 2006 el porcentaje de cobertura de vacunación de tétanos, difteria y tos ferina en niños menores de un año era de un 53% en madre sin ningún tipo de estudios y de un 80% en madre con educación secundaria o superior.

5º Niños menores de 5 años con retraso del crecimiento (%)

-SEXO-

En 2006, El porcentaje de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento era de un 30% para el sexo masculino y de un 27% para el femenino.

-LUGAR DE RESIDENCIA-

En 2006, El porcentaje de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento era de un 29% en el ámbito rural y un 28% en el ámbito urbano.

-QUINTIL DE RIQUEZA-

En 2006, El porcentaje de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento era de un 36% en el quintil inferior y de 26% en el superior.

-NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE-

En 2006, El porcentaje de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento era de 36% para madre sin ninguna educación y de 24% para educación secundaria o superior.

6º Tasa de mortalidad de menores de cinco años (probabilidad de morir antes de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos)

Este indicador se relaciona con el 4º objetivo de desarrollo del milenio: reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.²⁰

No se han obtenido datos para este indicador.

GRUPO 9: INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

1º Población total (000s)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2011 se produjo una disminución en la población total, pasando de 21.227.000 a 20.766.000. En 2012 la población total aumentaba y se situaba en 21.890.000. Según ha ido desarrollándose la guerra, se ha producido un descenso en el número total de población debido, en gran medida, a las muertes producidas durante el conflicto y al número de población que ha tenido que abandonar el país y convertirse en refugiados.

A principios de 2013 se habían contabilizado un total de 100.000 muertos³⁶. En agosto de 2014 se registraron 191.369.⁷

Con respecto al tema de los refugiados, en 2013 en Líbano había un 1.00.000 de refugiados sirios.³⁹ En el caso de Turquía, en 2013 había aproximadamente unas 600.000 personas.⁴⁰ Desde 2013 los refugiados están intentando llegar a países de la Unión Europea.⁴¹

Según ACNUR en septiembre de 2014 había un total de 3 millones de refugiados que se distribuyen de la siguiente manera⁴²:

- 1.170.000 en Líbano
- 612.000 en Jordania
- 830.000 en Turquía
- 217.000 en Irak
- 138.000 en Egipto

En octubre de 2014 el total de refugiados ascendía hasta 3,2 millones.⁴³ De esa cifra 1,6 millones eran niños.⁴⁴

Dentro de los campamentos a los que acuden los refugiados sirios, el más frecuentado es el de Za' Atari en Jordania. Cerca de 1500 personas llegan a diario, siendo más de la mitad niños menores de 8 años. Desde el comienzo del conflicto ha acogido a más de 120.000 sirios. La convivencia en el campo está generando problemas de violencia e inseguridad, que se han convertido en el mayor de los problemas para las autoridades jordanas que controlan la entrada al campamento.⁴⁴⁻⁴⁵

Dentro de la población que vive actualmente en Siria se registraron en septiembre de 2014 un total de 6,5 millones de desplazados internos. Un mes después la cifra ascendía a 7,6 millones. De esa cifra 3,5 millones son niños.⁴³⁻⁴⁴

La población siria se encuentra en condiciones precarias, de hecho en octubre de 2014, 12,2 millones de personas necesitaban ayuda humanitaria, siendo 4,3 millones niños.²⁷⁻⁴³

2º Mediana de edad de la población (años)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2011 se produjo una disminución en la mediana de edad de la población, pasando de 22 años en 2008 a 21 años en 2011. Un año después la mediana se incrementaba hasta alcanzar de nuevo el valor del 2008.

3º Población menor de 15 años (%)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2009 el porcentaje de población menor de 15 años era de un 35%. En 2010 se incrementó en un 2% y desde entonces ha ido disminuyendo gradualmente hasta colocarse en un 35% en 2012.

Desde el comienzo del conflicto han fallecido 10.000 niños²¹ y 1,6 millones están refugiados en otros países.⁴⁴ De ahí que se produzca esa disminución en la población menor de 15 años.

4º Población mayor de 60 años (%)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2008- 2012 el porcentaje de población mayor de 60 años fue aumentando desde un 5% hasta un 6%.

5º Tasa de crecimiento anual de la población (%)

En el periodo 2000-2007 la tasa de crecimiento anual era de un 2,6%. Posteriormente, en la etapa 2002-2012 disminuyó en un 0,1%.

6º Población que vive en zonas urbanas (%)

El porcentaje de población que vive en zonas urbanas se ha ido incrementando desde un 54% en 2008 hasta alcanzar un 56% en 2012.

7º La cobertura del registro civil de los nacimientos y las causas de muerte (%)

Durante el periodo comprendido entre 2000-2006 la cobertura del registro civil de nacimientos era de un 90%. En la etapa 2006-2012 se incrementó en un 6%.

Durante el periodo 2000-2006 la cobertura del registro civil de causas de muerte era de un 90%. Posteriormente en la etapa 2006-2012 aumento hasta alcanzar un porcentaje del 92%

8º Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)

La tasa bruta de natalidad se ha ido incrementando desde un 22,8% en 2008 hasta alcanzar un 24,4 % en 2012.

9º Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes)

La tasa bruta de mortalidad en 2009 era de 4,1 muertes por cada 1.000 habitantes. Al inicio del conflicto en 2011 había disminuido y tenía un valor de 3,8 muertos por cada 1.000 habitantes. Un año después, se incrementaba casi el doble, obteniendo un valor de 6,2 muertos por cada 1.000 habitantes.

Es un indicador objetivo de la gravedad de las emergencias complejas, especialmente, cuando no hay línea de base local permite las comparaciones entre distintas situaciones de emergencia y el seguimiento de las tendencias durante una emergencia

10º Tasa global de fecundidad (por mujer)

Desde 2008 a 2011 se produjo una disminución en la tasa global de fecundidad, pasando de 3,2 hijos por mujer a 2,9. Sin embargo, en 2012 se incrementó en un 0,1%.

11º Tasa de fecundidad de adolescentes (por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años)

Aunque figura como indicador no se han obtenido datos.

12º Tasa de alfabetización entre adultos de ≥ 15 años (%)

En el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2007 la tasa de alfabetización era de un 83,1%. En la etapa 2006-2012 sufría un ligero aumento y alcanzaba un 84%.

13º Tasa de escolarización primaria neta (%)

En el periodo comprendido entre 2000-2006 la tasa de escolarización era de un 97% tanto para hombres como para mujeres. En el periodo 2006-2012 se incrementó hasta un 100% en los varones y un 98% en las mujeres.

Desde el inicio del conflicto esta tasa ha disminuido notablemente. Un alto porcentaje de escuelas están destruidas y son utilizadas como almacenes, los profesores han sido asesinados o han huido del país, los niños de mayor edad actúan como profesores y un gran número de niños no acuden a la escuela. En el caso de los campamentos de refugiados, en las aulas se concentran demasiados niños con edades muy dispares.²⁷

14º Ingreso nacional bruto per cápita en dólares internacionales (PPP int. \$)

Desde 2008 hasta 2012 el ingreso nacional bruto per cápita aumentó desde 4350 dólares internacionales en 2008 hasta 5120 dólares internacionales en 2012.

15º Población que vive con menos de 1 dólar al día (% , dólares internacionales PPA)

Aunque figura como indicador no se han obtenido datos.

16º Abonados a telefonía móvil (por cada 100 habitantes)

En 2010 el número de abonados por cada 100 habitantes era de 58. En 2012 se incrementó hasta alcanzar una cifra de 59 abonados por cada 100 habitantes.

CONCLUSIONES

A lo largo de la historia, los conflictos bélicos se han asociado a la producción de consecuencias negativas para los afectados. En el caso de Siria, el conflicto actual está generando un impacto demasiado nocivo para la población.

Desde el inicio de la guerra se han registrado un gran número de fallecidos, heridos, afectados, discapacitados físicos y/o psíquicos y unas cuantiosas pérdidas económicas. En la actualidad muchos ciudadanos necesitan ayuda humanitaria y a todo esto se añade la aparición de nuevos brotes de enfermedades tales como la poliomielitis o leishmaniasis, que se creían erradicadas hasta ese momento.

La situación en la que se encuentra Siria ha forzado a que millones de ciudadanos se desplacen internamente o huyan a diversos países tales como Líbano, Egipto, Jordania, Irak o Turquía. La llegada de ciudadanos sirios afecta al desarrollo de los países hospedadores y puede dar lugar a conflictos entre los residentes y los refugiados.

El sistema sanitario está prácticamente destruido. La mayor parte de hospitales y centros de salud se encuentra fuera de servicio, el personal es insuficiente y la demanda asistencial no puede ser cubierta. Además, la mayor parte de medicamentos no están disponibles y un gran porcentaje del material sanitario se encuentra sin esterilizar.

Un amplio porcentaje de los sistemas de agua y saneamiento se encuentra fuera de servicio y esto trae consigo la aparición de enfermedades infecciosas.

El sistema educativo también se ha visto menoscabado. Un elevado porcentaje de la población infantil se ha quedado sin acceso a la educación, la mayor parte de las escuelas han sido destruidas y muchos profesionales han sido asesinados o han tenido que huir. Este cúmulo de situaciones tendrá una gran repercusión para la cultura de la sociedad siria.

Hay ocasiones en las que resulta sumamente arduo obtener información, tal es el caso de países en vías de desarrollo o en los que se está produciendo un conflicto bélico, como es el caso de Siria en la actualidad.

Con respecto a la realización del presente trabajo fin de máster, tras la revisión bibliográfica realizada, tan solo se han obtenido 18 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión. La mayor parte de los artículos encontrados versan sobre el impacto de la guerra en las enfermedades de tipo infeccioso o sobre el elevado número de población desplazada o refugiada. Sin embargo, hay indicadores sobre los que prácticamente no hay datos actuales. Un aspecto reseñable es que en la búsqueda realizada no se ha encontrado ningún artículo escrito por autores españoles ni en español.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization [sede web]. Geneva: World Health Organization; 2014 [acceso 13 de septiembre de 2014]. Syrian Arab Republic. Disponible en: <http://www.who.int/countries/syr/en/>
2. Oficina de información diplomática del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación del gobierno de España. Ficha del país: Siria. Madrid: Oficina de información diplomática del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación del gobierno de España; 2014.
3. EM-DAT: The OFDA/CRED International Disaster [base de datos en Internet]. Belgium: Centre for research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Université catholique de Louvain; 2009. [Acceso 10 de octubre 2014]. Disponible en: <http://www.emdat.be/database>
4. Toole MJ, Waldman RJ, Zwi AB. Complex Humanitarian Emergencies. En: Merson MH, Black RE, Mills A. (editores) International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies. Maryland (USA): Aspen Publisher Inc; 2001. p. 439-513.
5. CE-DAT: The Complex Emergency Database [base de datos en Internet]. Belgium: Centre for research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Université catholique de Louvain; 2009, [Consultado 17 de septiembres de 2014]. Disponible en: <http://cedat.be/>
6. Benson, C. 2003. Macroeconomic Concepts of Vulnerability: Dynamics, Complexity and Public Policy. En Bankoff, G.,Frerks, G. y Hilhorst, T. (Eds.) Vulnerability: Disasters, Development and People. Londres: Earthscan.
7. Price M, Gohdes A, Ball P. Updated Statistical Analysis of Documentation of Killings in the Syrian Arab Republic. New York: Human rights data analysis group, commissioned by the United Nations Office of the high commissioner for human rights (OHCHR); 2014.
8. Cruz roja española. Crisis en Siria y países vecinos: Informe de situación nº 5. Madrid: Cruz roja española; 2014.
9. United Nations. A Critical Review of the Development of Indicators in the Context of Conference Follow-up. Report of the Secretary General. Geneva:UN Economic and Social Council; 5-30 July 1999. Document E/1999/11.
10. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2006. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
11. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2007. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
12. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
13. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2009. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
14. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2010. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
15. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
16. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
17. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
18. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
19. Save the children. Un precio demasiado alto: el impacto de tres años de guerra en la salud de los niños y las niñas sirios. Londres. Save the children; 2014.
20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [sede web]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2012 [Acceso 10 de octubre de 2014]. Los

- objetivos de desarrollo del milenio. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview/>
21. Save the children [sede web]. Madrid: Save the children; 2014 [Acceso 10 de noviembre de 2014]. Conflicto en Siria: el sistema sanitario se hunde. Disponible en: <http://www.savethechildren.es/siria/home.php>
 22. The Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Geneva 2011.
 23. Garfield R. Health professionals in Syria. *The Lancet*. 2013; 382 (9888): 205-206. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61507-X).
 24. A wake-up call for polio eradication. *The Lancet Infectious Diseases*. 2014; 14 (1): 1. DOI: 10.1016/S1473-3099(13)70368-2).
 25. Roberts L. A war within a war. *Science*. 2014; 343 (6177): 1302-1305. DOI: 10.1126/science.343.6177.1302).
 26. Arie S. Polio outbreak leads to calls for a “vaccination ceasefire” in Syria. *BMJ*. 2013; 347 (6682). DOI: 10.1136/bmj.f6682.
 27. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. En estado de sitio. Jordania: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia; 2014.
 28. World Health Organization. Syrian Arab Republic, Jordan, Turkey, Lebanon, Iraq and Egypt: situation report 2013. New York: World Health Organization; 2013.
 29. The right to health for Syrian refugees. *The Lancet*. 2013; 381 (9883): 2056. DOI: 10.1016/S0140-6736 (13) 61227-1.
 30. Muhjazi G, Bashour H, Abourshaid N, Lahham H. An early warning and response system for Syria. *The Lancet*. 2013; 382 (9910): 2066. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62691-4).
 31. Ouyang H. Syrian refugees and sexual violence. *The Lancet*. 2013; 381(9884): 2165-2166. DOI: 101016/S0140-6736 (13) 61137-X.
 32. Sami S, Williams H A, Krause S, Onyango M A, Burton A, Tomczyk B. Responding to the Syrian Crisis the needs of women and girls. *The Lancet*. 2014; 383 (9923): 1179-1181. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62034-6).
 33. Sahloul Z, Coutts A, Fouad F M, Jabri S, Hallam R, Azrak F et al. Health response system for syria: beyond official narrative. *The Lancet*. 2014; 383 (9915): 407. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62558-1).
 34. Agencia de la ONU para los refugiados: Comité español. Crisis humanitaria siria: Informe anual 2013. Madrid: Agencia de la ONU para los refugiados: Comité español; 2014.
 35. Sibbald B. Physicians, health facilities targeted in war-torn Syria. *CMAJ*. 2013; 185(9): 755–756. DOI: 10.1503/cmaj.109-4492.
 36. The war on Syrian civilians. *The Lancet*. 2014; 383 (9915): 383. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60134-3).
 37. Alahdab F, Albitar B, Muhiedeen K, Attar S, Atassi B. Field hospitals in Syria. *The Lancet*. 2014; 383 (9914): 303. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60095-7).
 38. World Health Organization. Health: Syrian Arab Republic. New York: 38. World Health Organization; 2014.
 39. Syrian health crisis in Lebanon. *The Lancet*. 2014; 383 (9932): 1862. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60899-0).
 40. Döner P, Özkara A, Kahveci R. Syrian refugees in Turkey: numbers and emotions. *The Lancet*. 2013; 382 (9894): 764. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61823-1).
 41. Human Rights Watch. World report 2014: events of 2013. United States. Human Rights Watch ; 2014.
 42. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) [sede web]. Madrid; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR); 2014 [acceso 7 de noviembre de 2014]. Emergencia de Siria; Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/que-hace/respuesta-a-emergencias/emergencia-en-siria/>
 43. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA) [sede web]. New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs;

- 2014 [acceso 20 de noviembre de 2014]. Syria: Now and together form a warm. Disponible en: <http://www.unocha.org/syria>
44. Unicef: Comité español [sede web]. Madrid: Unicef: Comité español; 2013 [acceso 17 de septiembre de 2014]. Siria: El riesgo de una generación perdida. Disponible en: <http://www.unicef.es/infancia/emergencias-ayuda-humanitaria/crisis-en-siria>
45. Murshidi M M, Hijawi M Q B, Jeriesat S, Eltom A. Syrian refugees and Jordan's health sector. *The Lancet*. 2013; 382 (9888): 206-207. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61506-8.