

第5章

ハイチとドミニカ共和国の医療制度の比較

同志社大学グローバル地域文化学部

宇佐見 耕一

要約：

本章は、同じイスパニョーラ島にありながら最貧国に位置づけられるハイチと、中所得国におけるドミニカ共和国における社会政策の性格の相違、特に医療制度に焦点を当ててその相違を明らかにすることを目的としている。経済的にハイチは最貧国に属し、ドミニカ共和国は中所得国に属している。また、政治的にハイチは不安定であり行政機能が十分機能していないのに対して、ドミニカ共和国は民主主義制度が定着し行政が機能している。本章は、こうした政治経済の差異がどのように両国の社会政策の差異に関連しているのかを分析するための予備的考察に当たる。本章で明らかになったことは、貧困に関してハイチはドミニカ共和国と比べて所得貧困に留まらず、生活水準全般の剥奪度が高い人口の比率が多いことが明らかになった。医療制度に関してハイチは、行政が十分機能せず外国政府の援助やNGOの支援に依存しているのに対し、ドミニカ共和国は所得や職域に対応した階層的な医療制度を持っていることが明らかとなった。

キーワード：

人間開発指数 社会保険 医療保険 NGO 伝統医療

はじめに

イスパニョーラ島にあるハイチとドミニカ共和国は、それぞれ低所得国と上位中所得国に分類されている¹⁾。また、ハイチは政治的に不安定であり、行政の機能不全も問題とされている。他方、ドミニカ共和国は、民主主義政治が定着している。この経済的・政治的安定性の格差を反映して、両国の社会政策には顕著な相違が見られる。両国の社会政策を比較することは、発展途上国での低所得国と中所得国の格差が、社会政策面でのどのような形で表出されているのかを示すことになる。それと同時に両国の比較は、そうした社会政策上の格差が質的にどのようなものであり、それが経済や政治的要因とどのような関係にあるのかという課題を解き明かすことにもなる。

本章では上記の課題に取り組むための準備作業として、まず UNDP の『人間開発報告』等を基に両国の社会指標を比較し、医療、教育、衛生そして貧困等の問題等の際を明らかにし、両国の社会問題の性格を検討する。続いて、社会政策の中で、医療制度の比較を行う。社会政策は教育や雇用など多様な部門を含んでいるが、そのうち医療は、教育と共に低所得国でも何らかの形で実践されており、広義の貧困概念とも密接な関係にあるからである。

第1節 社会指標にみるハイチとドミニカ共和国

所得貧困に関するハイチ側の統計は、国連ラテンアメリカ経済委員会の報告書には掲載されていない。表1（次ページ参照）は中米カリブ諸国で貧困ライン以下の人口比率を示したものである。

それによるとドミニカ共和国は、2010年において貧困人口比率が41.4%に達し、その比率は低下傾向にあるものの、高い水準である。また、2013年の同国の貧困人口比率は、40.7%であり、そのうち20.2%が最貧困水準にあり、同国で所得貧困の問題が深刻であることが分かる[CEPAL 2015b, 17]。

他方ハイチにおける所得を基準とした貧困の測定は、統一性がなく、部分的であると指摘されている。とはいえ、2001年の世帯生活調査(Encuesta sobre Vida de los hogares)によると、国民の79%が一日2ドル以下の所得しか得られず、55%が極度の貧困状況に

あるという [Lamaute-Brisson 2013, 11]。

表1 中米カリブ諸国の貧困人口率 単位：%

	2002年	2006年	2010年
コスタリカ	20.3	19.0	18.5
ホンジュラス	77.3	71.5	69.2
パナマ	36.9	29.9	25.7
ドミニカ共和国	47.1	44.5	41.4
メキシコ	39.4	31.7	36.3

出所：CEPAL 2015a p.49 より抜粋

表2 2015年における教育・医療・住居の状況

	識字率*	乳幼児死亡率**	清潔な水を利用している人口の比率
コスタリカ	97.8	10.7	98
エル・サルバドル	88.0	23.7	94
グアテマラ	81.5	31.4	93
ホンジュラス	88.5	37.0	91
ニカラグア	82.8	21.7	87
パナマ	95.0	20.8	95
キューバ	99.8	6.9	95
ハイチ	60.7	63.6	58
ドミニカ共和国	91.8	28.1	85
メキシコ	95.1	16.8	96

*: 15歳以上の人口に対する比率 単位：%

**：2010～2015年にかけて5歳以下1,000人に対する比率 単位：‰

清潔な水を利用している人口の比率の単位：%

出所：CEPAL 2015a 各ページより抜粋

表2は、中米カリブ諸国の2015年における教育、医療、居住状況を示した図であり、総合的に住民の生活状況を示したものである。ここにはハイチの統計も入っており、同国を含めた域内各国住民の生活状況を知ることができる。また、これらの統計は基礎的ニーズの欠如による貧困統計と一部重なっており、所得貧困のみでは明らかにされない、基礎的ニーズの欠如による貧困の状況を部分的に類推することができる。

まず初等教育の普及度が分かる識字率についてみると、域内平均は88.1%であり、ド

ミニカ共和国はこれを上回る水準である。これに対してハイチは 60%台であり、多くの成人が初等教育を終了していない状況が分かる。基礎的な医療の普及度を反映する乳幼児死亡率の域内平均は、26.1%でありドミニカ共和国のそれは平均をわずかに上回る。他方ハイチのそれは 63.6%であり、域内平均を大きく上回り、基礎的医療の普及が同国の課題であることが示されている。清潔な水を利用している人口の比率は、居住状況を図る指数のひとつであるが、その域内平均は 89.2%であり、ドミニカ共和国のそれは平均をわずかに下回っている。これに対してハイチは、58%であり過半数の住民が清潔な水にアクセスできない住居に住んでおり、劣悪な居住環境も問題であること分かる。これらのことから、ドミニカ共和国住民の生活状況は域内平均に近く、ハイチのそれは域内平均を大きく下回っており、同国における基礎的ニーズの欠如による貧困問題が深刻であることが類推できる。

続いて基礎的ニーズの欠如による貧困の測定の延長線上にある、多次元貧困指数 (multidimensional poverty index) をみてみよう。多元的貧困指数とは、教育、医療、生活水準それぞれに比率をつけ、その剥奪度が 33%以上の場合に貧困者とした指数である [UNDP 2015 229; CEPALb 2015, 18]。この多元的貧困指数によると、ドミニカ共和国に比してハイチの貧困問題の深刻度が明らかに示されており、それは上述した基礎的ニーズの欠乏による貧困の結果とも一致する。それによるとドミニカ共和国の多元的貧困者比率は 5.1%であるのに対して、ハイチのそれは 49.4%ときわめて高い。また、多元的貧困指数への寄与をみると、ハイチでは生活水準の寄与度が高いことが分かる。

表 3 多次元貧困指数

	多次元貧困指数	貧困者の平均剥奪度	貧困への寄与度		
			教育	医療	生活水準
ドミニカ共和国	5.1%	41.6%	28.4%	39.6%	32.0%
ハイチ	49.4%	48.1%	24.8%	23.4%	58.5%

出所：UNDP 2015 p.228 より抜粋。

最後に多次元貧困指数とほぼ対応している人間開発指数をみてみよう。人間開発指数も、誕生時の平均余命で測定される長寿で健康な生活、就学年数等で測定される知識を獲得する能力、一人当たりの GNI (国民総所得) で測定される適正な生活水準を達成

する能力により構成されている。表 4 は、2014 年のドミニカ共和国とハイチの人間開発指数を、ラテンアメリカ域内で最高のアルゼンチン、および中米・カリブ海地域の大国メキシコと比較したものである。

それによると、対象 188 か国中ハイチは低人間開発指数グループに属し、その国際順位は 163 位である。同国は、アルゼンチン、メキシコおよびドミニカ共和国と比較してすべての指標で大きく遅れをとっている。ドミニカ共和国と比べても出生時平均余命は 10 歳以上低く、平均就学年数も 2.7 年低く、一人当たりの GNI にいたっては 10 分の 1 以下である。

表 4 2014 年における人間開発指数

	国際順位	人間開発指数	出世時平均余命	予測就学年数	平均就学年数	一人当たりGNI*
アルゼンチン	40	0.836	76.3	17.9	9.8	22,050
メキシコ	77	0.756	76.8	13.1	8.5	16,056
ドミニカ共和国	101	0.715	73.5	13.1	7.6	11,883
ハイチ	163	0.483	62.8	8.7	4.9	1,669

*2001 年価格の購買力平価 US ドル表示

出所：出所：UNDP 2015 p.208－211.

人間開発指数を比較するとハイチは、ドミニカ共和国と比して大幅に低位にあることが示された。他方、所得貧困のみでは明らかにされない、生活水準全体を見た貧困に関する両国の格差に注目すべきである。生活水準を示す指数や、基礎的ニーズの欠如による貧困概念の延長線上にある多次元の貧困指数をみると、ハイチはドミニカ共和国と比べて大幅に数値が高い。このことは、ドミニカ共和国と比べてハイチの貧困が、単なる所得貧困の問題ではなく、教育、医療や生活水準全体に及ぶ複合的問題にあることを物語っている。

第 2 節 ハイチの医療制度

多くの調査研究報告書が、ハイチにおける医療制度が震災前から脆弱な状況にあったことを指摘している[U.N. 2012,14]。ハイチにおける医療制度は、1 次医療を行う 600

ヶ所の診療所と 45 ヶ所の地域病院(hospital comunitario de referencia)、2 次医療を行う 10 ヶ所の県病院(hospital departamental)と、3 次医療を行う首都ポルトー・プランスにある 6 ヶ所の大学病院(hospital universitario)から構成される。医療システムは、地域医療単位(UCS: Unidad Comunales de Salud)に組織されているが、機能しているのは NGO の医療支援を受けている数件のみであると言われている。実質的公的医療サービスの供給はきわめて小さく、75%の医療が NGO や基準を満たさない宗教グループ等に供給されていると推測されている[Lamaute-Brisson 2013, 39]。政府の社会サービスの供給は、医療供給を含めて全般的に不十分であるため、人々は教育、医療や社会保障の需要を満たすために、NGO や民間のサービスを利用しており、公的部門のサービス供給は教育分野で 25%、医療で 33%にすぎないとの報告もある[Gilbert 2004, 16-17]。

また医療保険としては、労働災害・医療・出産保険事務所(Oficina de Seguro para Accidentes del Trabajo, Salud y Maternidad: OFATMA)が民間部門労働者を対象とした保険を提供している。1999 年から同保険事務所による医療サービスの提供が診療所と同事務所が管轄する病院で開始された。しかし同保険への加入者は増大傾向にあるものの、2012 年時点で 9 万 6000 人に過ぎず[Lamaute-Brisson 2013, 23-25)、ハイチにおいて社会保険がカバーしているのは、きわめて限定的であるといえる。

2015 年 9 月にポルトー・プランスの国境なき医師団の事務所でのインタビューによると、ハイチの医療部門においては公的部門が果たしている役割は小さく、保健省の少ない予算の多くが人件費に費やされてしまうと言う。現地で活動する同事務所の外国人スタッフの印象によると、資金面でみたハイチの医療は、約 75%が外国からの資金、約 20%が家族の資金で、国の資金は約 5%位とのことであった²。これらの報告書や証言からハイチの医療は、外国政府、国際機関、外国の NGO の援助に依存し、国家の役割が極めて限定的であることが分かる。また、同年同月にポルトー・プランスの世界の医療団の事務所での外国人スタッフへのインタビューによると、ハイチでは西洋医学と共にホーガン(HOUGAN)とよばれる民間医療の利用も目立っているとのことであった。ホーガンはハーブや祈祷等による伝統的な治療のことである³。WHO の報告書によると、国民の低所得と西洋医療へのアクセスの不足により、伝統的医療はハイチにおける最大の医療源であり、国民の 80%をカバーしているという[PAHO 2012,404]。

ハイチで長年医療活動をおこない、医療面での支援プロジェクトの中心人物であるポール・ファーマー(Paul Farmer)は、同国の公立病院の不十分な状況を次のように述べて

いる。ハイチの医療制度は予算に乏しく、その代表たる病院は惨憺たる状況であった。病院の機能不全は予算不足によるものばかりではなく、「診療に応じて料金を支払うモデル」が人口の大多数のお金を持っていない人々の状況に対応していないせいでもあった。大学病院の主たる役割は医療者の養成であるが、病院運営のリソースを欠き給料も支払えない状態ではそれも難しい[ファーマー 2014, 10-11]。

こうした医療制度の機能不全により、感染性の疾病の流行を防ぐことはできず、2010年の震災前はHIV/AIDS、震災後はコレラが流行したことが知られている。WHOの報告書によると、2005年の15歳から49歳までの成人人口でHIV保持者は推定3.8%(2.2%~5.4%)であり、同年のAIDSによる死亡者約18万人であった[WHO et.al. 2008,6]。また、2010年の震災後、コレラが急速な流行をみせた。2012年3月には約53万のコレラ罹病者と、約7000人の死者が保健省に報告されている[WHO 2012,402]。そのようなHIV/AIDSの流行に対処したのは米国のWeill Cornell Medical Collegeがハイチに設立したGHESKIO(Groupe haitien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes)や前述のPartners in Healthなどの非営利医療団体とWHO等の国際機関であった。このうちGHESKIOは、HIV/AIDSの治療と予防に関する統合的なモデルを開発している。医療機関としてGHESKIOは、年間10万人の患者を受け入れ、診察と薬剤の頒布は無料で実施されている⁴。

それでは次に、ハイチの医療で重要な位置を占めている海外からの援助のいくつかの事例を見てみよう。まず、国境なき医師団の年次報告には、2014年におけるハイチでの活動を次のように記している⁵。2014年に同医師団のハイチにおけるスタッフは2,159人であり、予算は約3500万ユーロであった。同医師団はポルトー・プランス市内と周辺地区で4つの病院を運営している。Drouillard病院は、主として火傷を扱うハイチで唯一の専門病院として機能しており、35病床をもつ。Marissant救急・安定センターは、2014年に4万5000人の救急患者を受け入れた。同病院は8病床を持ち、他の適切な病院への転院を行う救急サービスも行っている。Nap Kenbeセンターは121病床、3手術室および集中治療室を備えている。同病院のスタッフは、2014年に約1万人の救急患者を受け入れ、4200件の手術を行った。震災で80%が破壊されたLéogane地区にはコンテナの診療所を運営し、主として難しい出産や交通事故に対処している。Chatuley病院は2015年に閉鎖予定であるため、2013年から活動を縮小させたが、2014年には6800人の患者を受け入れた。

米国のパートナーズ・イン・ヘルス(Partners in Health)は、1987年にハイチの医療支援のために設立され、現在は世界各地の貧困国で活動するボストンに本拠を置く非営利医療専門の団体である⁶。同団体のホームページによると、パートナーズ・イン・ヘルスはハイチにおける最大の医療NGOである。同団体は、ハイチの最貧困地域において12の診療所と病院を運営し、通算160万人の患者を受け入れている。Mirebalais地区では300病床の大学病院を開設し、高い水準の医療を住民に提供していると同時に、次世代の医療スタッフの養成を行っている。2010年の震災以降に流行したコレラに対応して、大規模な地域医療を実施し、2万人の患者を受け入れ、政府や他のNGOとの協力の下に10万人へのワクチン接種を行った。また1998年以降HIVや結核患者に対応するために、コミュニティ医療専門家(community health workers, accompagnateurs)を活用している。このようにパートナーズ・イン・ヘルスはハイチの最貧困地域において地域医療から高度医療までを担い、さらに医療スタッフの養成を含めて、医療活動の中心的役割を担っている。

続いて国際機関としてWHOの米州事務所では、ハイチにおける医療状況が極めて劣悪であるという認識を基に、震災以前から同国に対して以下のような活動を行っている⁷。まず、様々な医療活動をコーディネートし、同国の医療状況をモニターする。基礎的な薬剤や医療用品を輸入し、低コストで公的機関やNGOに供給する。その受益者は350万人の社会的脆弱層であり、あらゆる団体やNGOと協力して公的サービスへのアクセスを確保することを目的として活動している。このようにWHOは、NGO等と協力しつつ公的制度の整備・拡充を目的としていた。

最後に日本のハイチに対する医療面の援助の概要をみてみよう⁸。日本のODAとしては、震災で甚大な被害を受けた南東県にあるジャグメル病院の復興・拡充に対する援助を行っている。同病院における周産期、中央診療棟の建設および医療器材の整備事業を支援している。また公衆衛生の観点から、同じく震災で甚大な被害を受けたレオガン市の給水システム復旧計画への支援を行っている。一部日本の支援で配水管の復旧がなされたものの、2013年における同市の給水普及率は2.8%に過ぎなかった。日本はODAにより同市の水源、水道網を含む水道施設の復旧計画を支援している。

このようにハイチの医療制度全体を知るための公式の資料が欠如していることからもうかがえるように、同国における公的医療システムは量的・質的に不十分であると多くの報告書により指摘されている。そのため同国の医療の中核は、伝統的医療、あるいは

は海外に本拠を置く NGO 等が提供する医療サービスであり、また外国政府や国際機関の援助である。NGO の活動や外国・国際機関の支援にもかかわらず、同国の乳幼児死亡率は国際的に見ても高く、平均余命は低い。NGO や外国・国際機関の支援はそれ自体評価できるものであるが、公的制度を完全に代替できるものではない。また、同国が最貧国であるという状況を考えると営利を目的とした民間機関が医療の中心になりえるとは考えがたい。ハイチの医療水準を向上させるには、公的制度の整備が喫緊の課題である。

第3節 ドミニカ共和国の医療制度

表2によると2015年のドミニカ共和国の5歳以下の乳幼児死亡率は、28.1%であり、清潔な水にアクセスできる人口の比率は85%であり、その数値はハイチと比べると格段に良好であるが、域内先進国と比べると改善の余地が多い。他方、表4によると出生時平均余命は73.5歳であり、域内先進国のアルゼンチンやメキシコを少し下回る数値である。WHOの報告書によるとドミニカ共和国の医療制度は、公的制度と民間制度から構成されている。保健省傘下に1,703ヶ所の一次診療のための診療所がある。また、全国には150の二次医療・三次医療を提供する公立病院があり、その内訳は以下の通りである。15 専門病院(specialized hospital)、11 地域病院(regional hospital)、20 県立病院(provincial hospital)、104 市立病院(municipal hospital)である[PAHO 2012,280]が存在する。

2001年に改正されたドミニカ共和国における社会保険は、保険料拠出型、保険料拠出+補助金型、および補助金型に分けることができる。保険料拠出型保険は、すべての被雇用者と雇用者を対象とする保険で、老齢・障害・遺族・労働災害および家族の医療と出産がカバーされている。保険料は賃金の10%(そのうち70%が雇用者、30%が被雇用者)である。保険料支払い+補助金型は、対象が最低賃金以上の自営専門職であり、老齢・障害・家族医療保険を提供する。その原資は、国からの補助と加入者の支払う保険料である。補助金型は、賃金が不安定または最低賃金以下の独立労働者、失業者、障害者が対象である。提供される保障は、保険料拠出+補助金型と同じであり、原資は国からの補助金である。(Lavigne y Vargas 2013, 14)。

医療保険についてみると上記社会保険と連動しており、普遍的で加入義務がある。医

療リスク管理団体(La administradora de riesgo de salud: ARS)は、公的機関か民間の組織であり、医療サービス供給団体(Prestador de servicio de salud: PSS)を通して医療サービスを提供している。後者は、公的、半官半民または民間の組織である。すべての社会保険化入者は、医療リスク管理団体をとおして家族医療保険(Seguro Familiar de Salud)に加入している。医療リスク管理団体は、社会保険と同様に保険料拠出型と国家による補助型があり、保険料支初出型の保険料は賃金の10% (被雇用者3%、雇用者7%) である[Lavigne y Vargas 2013, 16]。

2011年3月時点で家族医療保険の加入者は、4442万4519人であり、そのうち45.5%が補助金型に加入し、54.5%が保険料拠出型に加入している。最大の医療リスク管理団体は、すべての公務員を対象とした公的機関の国家医療保険(Seguro Nacional de Salud)であり、同時に補助金システムのプログラムを提供している。この他の保険者は27団体あり、その多くが民間の機関である。このようにドミニカ共和国の医療保険制度は断裂しており、コスト面の非効率性を引き起こしていると指摘されている[PAHO 2012, 281]。

公衆保健・社会扶助省(Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social)の資料によると、医療サービスを必要とした人の93.1%がそれを得られており、そのうちの53%が公衆保健・社会扶助省の施設、32%が民間施設、その他がドミニカ社会開発院(Instituto Dominicana de Desarrollo Social)や軍等の施設を利用していることが示されている。同報告書において制度的問題点として、①診療能力、特に一次医療における能力の弱さがあり、さらに診療が主として病院で行われ、大病院に患者が集中するという問題もはらんでいる。②疾病の治療に主眼が置かれ、予防や問題の原因への対処に遅れがみられる点である。③診療に関する規制や標準化が不十分な点であり、しばしば医師と専門家個人の判断に依存してしまうという問題がある点である[SESPAS 2012, 54-55]。

おわりに 医療制度の類型化

メッサ・ラーゴ(Mesa-Lago)は、ラテンアメリカの医療システムを10種類に類型化しているが、それは大きく以下の3種類に大別することができる[Mesa-Lago 2005, 32-33]。
①統合型: キューバのように国営の医療施設が無料で全国民を対象とした医療サービス

を提供するシステムと、コスタリカのように普遍的な社会保険をとおして医療を提供するシステムがある。②複線型、公的部門と民間部門からなるが、さらに3類型に分類される。③3層構造型、社会保険、公立病院による直接医療サービスの提供、民間部門の3部門から構成される。この形が多数であるが、コロンビアのように拠出型社会保険、非拠出型社会保険、公的部門および民間部門からなる4層構造型も含まれる。

このうち上述のメッサ・ラーゴの論文によるとドミニカ共和国は、拠出型、拠出+国の補助型および補助金型の公的・民間社会保険からなる3層構造型であるとされる[Mesa-Lago 2005, 32]。しかし、同じ3層構造でも全国民を対象とした無料の公立病院があるアルゼンチンとはシステムが異なっている。他方、同じくメッサ・ラーゴの論文によると、ハイチは公的部門と民間部門から複線型であるとされる[Mesa-Lago 2005, 32]。ただし、ハイチの医療の多くが伝統医療に依存していることや、この論文が書かれたのが2005年であり、2010年震災以降の外国の支援にほぼ依存したハイチの状況は勘案されていない。

ハイチの医療は、伝統医療の占める割合が多いことが報告書やインタビューで示されているが、医療の実態を知るにはさらなる調査が必要であろう。その上で、ハイチの西洋医療の部分に関してみると、公的部門の機能不全とNGO・外国援助への依存が明らかとなった。これは、全般的な国家機能の脆弱性や最貧国とされる財政力の弱さに起因していると考えられる。ドミニカ共和国は、他のラテンアメリカの中所得国と同様に所得や職域に対応して医療が分かれているという性格がみられる。しかし、同じ3層構造をもちながらも、アルゼンチンそれとは異なる制度をもっており、どのような背景でこうした制度が構築されたのかを明らかとするのが今後の課題となるであろう。

¹WHOのホームページより <http://www.who.int/gho/en/> 2016年2月14日閲覧

²2015年9月4日ポルトー・フランスの国境なき医師団事務所における外国人スタッフへのインタビューによる。

³2015年9月1日ポルトー・フランスの世界の医療団事務所における外国人スタッフへのインタビューによる。

⁴<http://weill.cornell.edu/globalhealth/major-initiatives/haiti/> 2016年2月29日閲覧

⁵

http://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_international_activity_report_2014_en.pdf#page=46 2016年2月18日閲覧。

⁶<http://www.pih.org/country/haiti> 2016年2月18日閲覧

⁷

http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=935:situation-in-haiti&Itemid=0&lang=es 2016年2月18日閲覧

⁸ <http://www.jica.go.jp/haiti/index.html> 2016年2月18日閲覧

参考文献：

- ファーマー、ポール 2014 『復興するハイチ、震災から、そして貧困から、医師たちの戦いの記録 2010-11』 みすず書房(Paul Farmer, *Haiti after Earthquake*, New York Public Affairs, 2011)。
- CEPAL 2015a *Indicadores sociales básicos de la subregión de América Latina y el Caribe*, México D.F.: CEPAL.
- 2015b *Panorama social de América Latina 2014*, Santiago de Chile: CEPAL.
- Gilbert, Randolph 2004, *Haití: antecedentes económicos y sociales*, México D.F.: CEPAL.
- Lamaute-Brisson, Nathalie 2013, *Sistemas de protección social de América Latina y el Caribe: Haití*, Santiago de Chile: CEPAL.
- Lavigne, Milena y Luis Hernán Vargas, 2012, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe, República Dominicana*, Santiago de Chile: CEPAL.
- Mesa-Lago, Carmelo, 2005, *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto de la seguridad social*, Santiago de Chile: CEPAL.
- PAHO 2012, *Health in the Americas*, 2012 Edition, Washington D.C.: Pan American Health Organization.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 2006, *Plan Decenal de Salud 2006-2015*,
http://www.msp.gob.do/oai/Documentos/Planes/PLAN_DecenalSESPAS2006-20151erParte_20130211.pdf 2016年2月20日閲覧
- United Nations 2012, *Haiti Moving Forward Step by Step 2012*, New York: U.N.
- UNDP 2015, *Human Development Report 2015*, New York: United Nations.
- WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF, 2008 *Gateways to integration. A case study from Haiti*, London: WHO et.al. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95790/1/91724_eng.pdf
2016年2月25日閲覧