



منظمة الصحة العالمية



الهجرة الدولية والصحة وحقوق الإنسان

سلسلة المنشورات
المعنية بالصحة وحقوق الإنسان
العدد الرابع، كانون الأول/ديسمبر 2003



Office of the United
Nations High
Commissioner for
Human Rights



International Centre for Migration and Health



Office of the United
Nations High
Commissioner for
Human Rights



International Organization for Migration
OM Organisation internationale pour les Migrations
OIM Organisation internationale pour les Migrations



December 18

شكر وتقدير

صدر الكتيب المعنون "الهجرة الدولية والصحة وحقوق الإنسان" بفضل الدعم الذي قدمته الحكومة الإيطالية، وقامت السيدة Helena Nygren-Krug، المستشارة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان بمنظمة الصحة العالمية، بتحرير النص مستعينة بطيف واسع من الاستشارات التي شارك فيها على وجه الخصوص كل من ورد اسمه في ما يلي:

Colin Bailey, Franz Bauer, Veronica Birga, Christoph Bierwirth, Alisha Bjerregaard, Rachel Brett, Dominique Bush, Alex Capron, Manuel Carballo, Andrew Cassels, Andrew Clapham, Jenny Cook, Atti-la Dahlgren, Ayesha Dawood, Julie De Riviero, Myriam De Feyter, Nick Drager, Sarah Galbraith, Anne Gallagher, Kieran Gostin, Mariette Grange, Oliver Laws, Fernando González-Martín, Danielle Grondin, Mary Haour-Knipe, Katie Heller, Beatrice Loff, Sylvie Da Lomba, Tanya Norton, Lisa Oldring, Annette Peters, Ryzard Piotrowicz, Priti Radhakrishan, Jillyanne Redpath, Nathalie Rossette-Cazel, Barbara Stilwel, Julia Stuckey, Patrick Taran and Gianni Tognoni.

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط مترجم
الهجرة الدولية والصحة وحقوق الإنسان / منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص. - (سلسلة المنشورات المعنية بالصحة وحقوق الإنسان؛ 4)
صدرت الطبعة الإنجليزية في حيف 2003 (6-156253-4-92 ISBN)
1. الرحالة والمهاجرين 2. اللاجئين 3. الهجرة والتهجر 4. حقوق الإنسان 5. حالة الصحة 6. سياسة عامة 7. تعاون دولي أ. العنوان
ب. المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط ج. السلسلة
(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WA 300) (ISBN: 978-92-9021-478-6)

© منظمة الصحة العالمية، 2006

جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو توحيدها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يمثّلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، يميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

ينحمل المؤلفون المذكورون وحدهم المسؤولية عن الآراء الواردة في هذه المنشورة.

يمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: 202 670 2535؛ فاكس رقم: 202 670 2492؛ عنوان البريد الإلكتروني: DSA@emro.who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري إلى المستشار الإقليمي للإعلام الصحي والطبي، على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: 202 276 5400؛ عنوان البريد الإلكتروني: HBI@emro.who.int).

الهجرة الدولية والصحة وحقوق الإنسان



منظمة الصحة العالمية

"إن الحدود الحقيقية، في الوقت الحالي، ليست تلك الحدود التي تفصل بين الدول بعضها عن بعض، ولكنها تلك التي تفصل بين الدول القوية والدول الضعيفة، بين الدول الحرة والدول المقيدة، بين الدول المميّزة عن غيرها والدول المهانة. اليوم، لا يمكن أن تفصل أية جدران بين الإنسانية أو حقوق الإنسان في جزء من العالم وبين الأزمات الوطنية للأمن في جزء آخر."

كوفي أنان، الأمين العام للأمم المتحدة في كلمته التي ألقاها عقب حصوله على جائزة نوبل للسلام لعام 2001

تمهيد

في السياق الذي نسعى فيه إلى تركيز جهودنا لتحقيق الغايات الصحية التي اشتملت عليها المرامي الإنمائية للألفية، يصبح من الضروري تفهم التحديات التي تواجه الصحة في محيط العولمة. وتعد الهجرة - أي حركة الناس من مكان لآخر لفترات متباينة من الوقت أحد أهم التحديات المتنامية أمام الصحة.

إن منظمة الصحة العالمية تسترشد في ما تقوم به من أعمال بالمبدأ الذي يقضي بأن الصحة هي حق إنساني أساسي يجب أن يتمتع به كل إنسان بدون أي تمييز. وتحتاج المجموعات السكانية المعرضة للخطر والمجموعات المهمشة أن تولى الأولوية الأولى في الاهتمام بها. وفي إطار الموضوع الذي نتناوله الآن وهو موضوع الهجرة، فإن هذه المجموعات السكانية تتراوح بين المهاجرين الذين يضطرون إلى الهجرة والمهاجرين غير الموثقين وكليهما يفتقر إلى سبل الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية، وبين المجموعات السكانية الفقيرة التي تتخلف في البلاد بعد "نزوح العقول"، حيث يهاجر المهنيون الصحيون من البلدان الفقيرة إلى البلدان الأكثر غنى.

ولقد قامت منظمة الصحة العالمية بالاشتراك مع معهد ماريو نيجري، والمركز الدولي للهجرة والصحة، ومنظمة العمل الدولية، والمنظمة الدولية للهجرة، ومكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان وغيرهم من الهيئات ذات العلاقة، بما فيها المنظمات الرئيسية المعنية بالمجتمعات المدنية، قاموا جميعاً باستكشاف التحديات التي تواجه الصحة وحقوق الإنسان في إطار الهجرة الدولية.

ويحدونا الأمل أن تكون هذه الوثيقة "الهجرة الدولية والصحة وحقوق الإنسان" أداة مفيدة لتركيز اهتمام الجماهير على هذا الموضوع الهام. كما نأمل أن تكون منهاجاً يستخدم لحث راسمي السياسات على المناقشة فيما بينهم من أجل استنباط حلول مستنيرة وصحيحة تقوم على اعتبارات الصحة العمومية والضرورات المتعلقة بحقوق الإنسان.

Jong Wook Lee



الدكتور لي يونغ ووك
المدير العام لمنظمة الصحة العالمية
جنيف - كانون الأول/ديسمبر 2003

تصدير

داد حركة تنقل الناس بصورة متصاعدة لأسباب سياسية وإنسانية واقتصادية وبيئية. وتترتب على هذا التحرك السكاني آثار تتعلق بالصحة وحقوق الإنسان تؤثر بدورها على المهاجرين ومن يخلفونهم ورائهم. ويصادف المهاجرون في أغلب الأوقات عقبات كبيرة تحد من تمتعهم بالصحة الجيدة نظرا لما يواجهونه من صعوبات تتمثل في التمييز، وحواجز اللغة والعادات، والوضع القانوني وغيرها من الصعوبات الاقتصادية والاجتماعية. وفي نفس الوقت، فإن سياسات الهجرة قد تنجم عنها أيضا نتائج هامة تتعلق بالصحة العمومية، ففي العديد من الأماكن بالعالم، تؤدي هجرة المهنيين الصحيين أحيانا إلى عوائق جادة تحول دون تقديم الرعاية الصحية في بلدان المنشأ أي البلدان التي يهاجرون منها.

إن حقوق الإنسان بما فيها الحق في التمتع بالصحة، إنما هي حق لكل الناس، للمهاجرين، والنازحين ومن لا وطن لهم. ولقد اعترف الميثاق الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بحق كل فرد في التمتع بأعلى المعايير الممكنة من الصحة النفسية والبدنية. ولقد بدأ منذ وقت قريب تنفيذ الاتفاقية الخاصة بحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وعائلاتهم، موفرة بذلك حماية إضافية من حقوق الإنسان للعمال المهاجرين. ويتعين إدماج كل هذا في السياسات والبرامج والتشريعات الخاصة بالهجرة والصحة.

ونحن نرحب بمواصلة راسمي السياسات للمناقشات حول التحديات عند مواجهتهم لمثل هذه القضايا، ونهنئ منظمة الصحة العالمية وسائر الشركاء على مساهماتهم القيمة في هذا الموضوع.

جابر يلا رودريج بيتزارو
المقرر الخاص المعني
بحقوق الإنسان للمهاجرين

بول هانت
مقرر الأمم المتحدة الخاص
المعني بالحق في الصحة

المحتوى

القسم الأول: مقدمة إلى الهجرة والصحة وحقوق الإنسان

- 7 1- الخلفية المرجعية والتحليل المنطقي
- 8 2- نموذج حقوق الإنسان
- 9 3- الهجرة: حجم الهجرة والمصطلحات الخاصة بها
- 10 4- لماذا يهاجر الناس: المهاجرون هجرة "طوعية" وهجرة "جبرية"

القسم الثاني: التأثيرات الصحية على من يتخلفون في البلد الأصلي

- 11 5- هجرة ذوي الكفاءة آثار هجرة المهنيين الصحيين

القسم الثالث: التأثيرات الصحية على من المهاجر

- 15 6- الهجرة الجبرية والتأثيرات الصحية
- 17 7- احتجاز المهاجرين وما يفرضه من تحديات صحية
- 18 8- تحري المهاجرين عند الحدود

القسم الرابع: صحة المهاجرين وحقوقهم الصحية في البلد المضيف

الموجز

الملحق الأول: الفئات الرئيسية للمهاجرين

الملحق الثاني: الأدوات القانونية والسياسية الدولية والآليات الخاصة بالصحة والهجرة

- 32 الأدوات الدولية للحقوق الإنسانية
- 34 المبادئ القانونية الدولية المعنية بغير المواطنين
- 35 المؤتمرات الدولية (التزامات سياسية من أجل تأمين حقوق الإنسان للمهاجرين)

مرشد لهذه المنشورة

تقدم هذه المنشورة نظرة عامة حول بعض التحديات الجوهرية التي تقف أمام راسمي السياسات عندما يتناولون الصلات بين الهجرة والصحة وحقوق الإنسان. وهي توضح أن هناك إدراكاً بأن المعطيات المتوافرة محدودة لا تعطي صورة كاملة للموقف. وهذه المنشورة هي محاولة لوضع منهاج مفيد للبحث على اتخاذ الإجراءات العملية من أجل مواجهة الهجرة والصحة بطريقة شاملة تأخذ في اعتبارها حقوق الإنسان.

ويشرح القسم الأول السبب وراء تناولنا لموضوع الهجرة والصحة، ولماذا يتم ذلك في إطار حقوق الإنسان. وبعد ذلك، يبحث في بعض المصطلحات المستخدمة وما هو معروف حول حجم الهجرة والأسباب التي تدعو إليها.

أما القسم الثاني، فيربط بين الأسباب التي تدفع الناس إلى الهجرة وما يتبع ذلك من آثار تتعلق بالصحة وحقوق الإنسان على من يتخلف وراءهم من السكان. وهو يركز الاهتمام على قضية هجرة المهنيين الصحيين بإلقاء الضوء على الاتجاهات ذات العلاقة، والتأثيرات المالية والمداومات التجارية الجارية.

ويولي القسم الثالث اهتماماً بالتأثيرات الصحية على من يقوم بالتنقل وذلك من خلال مضمون الصحة العمومية وفيما يتعلق بصحة الفرد ذاته. ويشمل الوسائل المختلفة التي يتم من خلالها تدبير الهجرة مثل ما يتم من احتجاز أو تحرر على الحدود.

ثم يأتي القسم الرابع والأخير ليقدم لنا القضايا التي تتعلق بالصحة وحقوق الإنسان للمهاجرين عند وصولهم إلى البلد المضيف. وهو يركز اهتماماً خاصاً على الفئات الأكثر تعرضاً للخطر من المهاجرين، ويلقي الضوء على بعض التحديات الرئيسية التي تقف أمام تعزيز الصحة وحمايتها.

وهناك ملاحق تقدم مسرداً وقائمة بالأدوات الدولية القانونية والسياسية التي تتعلق بأي مناقشة تدور حول الصحة والهجرة.



©IOM/Chauzy 2003

القسم الأول: مقدمة إلى الهجرة والصحة وحقوق الإنسان

تعرضا للخطر من المهاجرين. وفي هذا الصدد، فإن حجم الهجرة سواء أكانت هجرة جبرية أو طوعية، منتظمة أو غير منتظمة، إنما يوحي بأنه ما لم يكن هنالك اهتمام بتلك المجموعات، ستظل المجموعات والأفراد في العديد من الأماكن معرضين لخطر الاستبعاد الاجتماعي وعاجزين عن التمتع بالصحة أو الاستفادة بالرعاية الصحية التي يستحقونها كبشر. هنالك حاجة إلى بذل الجهود من أجل المحافظة على الصحة العمومية وعلى التوافق الاجتماعي في عالم يتحرك بصورة متزايدة وسريعة، حيث إن غياب هذه الجهود سوف يحد من المساهمة التي يمكن أن يقدمها المهاجرون إلى المجتمعات المضيفة.

ولما كانت منظمة الصحة العالمية واعية ومدركة لهذه الاهتمامات، فقد قامت خلال الأعوام 2001-2003 بجمع ممثلين للمنظمات الدولية والمعنية الواردة فيما بعد، من أجل استكشاف القضايا والتحديات التي تواجه التعامل مع الصحة والهجرة من منظور حقوق الإنسان. وقد أدركت هذه المنظمات أن القضايا الصحية بالنسبة إلى المجموعات السكانية المهاجرة تمثل عبئا جادا وهاما يتعلق بكل من الصحة العمومية وحقوق الإنسان:

- مبادرة العولمة الأخلاقية the Ethical Globalization Initiative (EGI).
- 18 كانون الأول/ديسمبر،
- معهد ماريو نيجري the Instituto Mario Negri (IMN)،
- اللجنة الكاثوليكية الدولية للهجرة،
- المركز الدولي للهجرة والصحة،
- منظمة العمل الدولية،
- المنظمة الدولية للهجرة،
- مكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان the Office of the High Commissioner for Human Rights،
- مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين the UN High Commissioner for Refugees.

يشرح هذا القسم السبب وراء تناولنا لموضوع الهجرة والصحة، ولماذا يتم ذلك في إطار حقوق الإنسان. وبعد ذلك، يبحث في بعض المصطلحات المستخدمة وما هو معروف عن حجم الهجرة والأسباب التي تدعو إليها.

1- الخلفية المرجعية والتحليل المنطقي

ظهرت الهجرة مع بداية الألفية - وهي تعني انتقال الناس من منطقة إلى أخرى لفترات متفاوتة من الوقت - بصورة لم يسبق لها مثيل من قبل. إن عدم الاستقرار السياسي المتنامي والذي تلازم مع ما يحدث في الواقع من ركود في النمو الاقتصادي في عدد لا يستهان به من البلدان، إنما يعني أن اجتثاث الأفراد من بلادهم وانتقالهم لن يتوقف على الأغلب⁽¹⁾، سواء أكان هذا عائدا لأسباب سياسية أو بيئية أو اقتصادية، بل وقد يصبح أكبر التحديات التي تواجه الصحة العمومية.

إذ التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، وهو تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العرق أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية.⁽²⁾ والصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وفسياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.⁽³⁾ ميثاق منظمة الصحة العالمية (1946)

⁽¹⁾الجماعات المحتشدة، رجاء اللقاء بعيدا. الإكونوميسيت، 29، 2002/06/13.

⁽²⁾تمهيد لميثاق منظمة الصحة العالمية كما اعتمد أثناء المؤتمر الدولي للصحة، نيويورك، 19-22/06/1946؛ وتم توقيعه في 22/07/1946 من قبل ممثلين 61 بلدا (من واقع السجلات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية، رقم 2، الصفحة 100) وتنفيذ هذا الميثاق في 07/04/1948.

⁽³⁾المرجع السابق.



©IOM/Chauzy 2003

2- نموذج حقوق الإنسان

حقوق الإنسان هي حماية قانونية مضمونة للأفراد والمجموعات من أية إجراءات تعوق الحريات الأساسية أو تؤثر في الكرامة الإنسانية.⁽⁶⁾ وتشمل هذه الحقوق طيفا واسعا من الحقوق المدنية والثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية وتطبق عالميا.

يقدم الإطار الدولي لحقوق الإنسان بناءً إيديولوجيا ومفاهيم مترابطة بصورة واضحة ومقبولة على نطاق عريض للاستجابات العملية والتشريعية في مجال الصحة ومحدداتها. كما أن احترام حقوق الإنسان الأساسية لكل شخص في المجتمع يقدم أساسا جوهريا وعادلا يساعد على مواجهة وحل التوترات والضغوط التي تحدث عند تأثر وتفاعل المجموعات ذات الاهتمامات المختلفة.

إن الوسائل الدولية لحقوق الإنسان تدرك بصورة واضحة أن هذه الحقوق، شاملة تلك المعنية والمتعلقة بالصحة، تنطبق على الجميع - مهاجرين ولاجئين ومن لا جنسية لهم. كما أن العديد من الأحكام والقرارات الشرطية التي تتضمنها الاتفاقات معترف بتطبيقها على جميع المهاجرين بغض النظر عن الوضع القانوني لأي منهم. وإنكار هذه الحقوق يحمل في طياته خطرا كبيرا يتمثل في إقصاء من لا جنسية له بعيدا عن المجتمع مع عدم قدرته على الاستفادة من الخدمات الصحية وما يحويه هذا من احتمال نشوء نتائج وخيمة لهم وللمجتمعات المضيفة ومجتمعات المنشأ على حد سواء.

وباختصار، فإن أي أسلوب لحقوق الإنسان يتعلق بالقضايا المعقدة التي تدور حول الهجرة، يتطلب التعامل مع مضامين هذه الحقوق بالنسبة لأي سياسة أو برنامج أو تشريع خاص بالمهجرة. وفوق هذا كله، يتطلب أيضا

يتزايد الاهتمام بسمات حقوق الإنسان للهجرة من قبل المنظمات الدولية، والمنظمات المدافعة عن حقوق الإنسان، والحكومات والمنظمات غير الحكومية ولاسيما تلك الحقوق التي تتعلق بالمهاجرين وليس اللاجئين أو المطالبين بحق اللجوء السياسي. ومن المظاهر المرئية والملموسة لهذا الاهتمام الحديث ما تقوم به الدول من تصديق على معاهدات تعترف بحقوق الإنسان للمهاجرين، وإعادة الاهتمام بسمات حقوق الإنسان للمهاجرين في العديد من المؤتمرات الوطنية والدولية، وتعيين مقرر خاص تابع للأمم المتحدة يعنى بحقوق الإنسان للمهاجرين، إضافة إلى التطبيق الذي تم حديثاً لاتفاقية الأمم المتحدة الخاصة بحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد عائلاتهم (اتفاقية الأمم المتحدة المعنية بالعمال المهاجرين).

هذا التقرير هو مساهمة أولية نحو تحديد موضوع لا شك أنه سيكون موضوعا طويلا الأمد. ويصف التقرير بعض قضايا الصحة العمومية المعقدة التي تفرضها الهجرة وذلك من خلال إطار العمل الخاص بحقوق الإنسان ومن الأنماط الحالية للهجرة. كما يهدف التقرير إلى إلقاء الضوء على الطبيعة الشديدة الاختلاف للتعرض للخطر بالإضافة إلى بعض التحديات الرئيسية التي تضعها الهجرة أمام راسمي السياسات على الصعيد العالمي.

وفي ضوء ما تحويه القضايا المعنية من تعقيدات، فإن أي استجابة للهجرة الدولية في الوقت الحالي يجب أن تكون استجابة شاملة تتعامل مع كل من عوامل "الدفع" و"الشدة" التي تحدد طبيعة الهجرة واتجاهها.⁽⁴⁾ ويقدم هذا التقرير مساهمة متواضعة نحو بناء تفهم أفضل للصورة المطلوبة بصفة عامة. وهو يهدف إلى توضيح الحاجة إلى إيلاء المزيد من الاهتمام وإجراء البحوث وبذل الجهود في مجال الأساليب السياسية.

إن الاستثمار في مجال تعزيز الصحة في البلدان الفقيرة ليس مسألة إثارة على النفس بقدر ما هو اهتمام ذاتي على الأمد الطويل. فعلى سبيل المثال، تبنيه من خلال نموذج حسابي للتعب الكبد البائي أن الموارد المطلوبة لمنع إصابة شخص واحد حامل للفيروس في المملكة المتحدة يمكنها أن تمنح إصابة أربعة آلاف في بنغلاديش، أربعة منهم يحتمل، إحصائيا، أن يهاجروا إلى المملكة المتحدة. وبنا، فقد يتضاعف المرود أربعة أضعاف إذا ما قامت المملكة المتحدة بتبني برنامج للتصنيع ضد التهاب الكبد البائي في بنغلاديش عوضا عن إدخالها لبرنامجها الخاص بالتلقيح العالمي.⁽⁵⁾

⁽⁴⁾المزيد من المعلومات حول عناصر الدفع وال جذب، انظر القسم الأول (4).

⁽⁵⁾ Gay NJ, Edmunds WJ يمكن للبلدان المتقدمة أن تدفع تكلفة التهاب الكبد البائي في البلدان النامية. الجريدة البريطانية الطبية، 1998، 1457:316.

⁽⁶⁾ مكتب المفوض العالمي لحقوق الإنسان، مشروع كلية العاملين بالأمم المتحدة. الحقوق الإنسانية: دليل أساسي للعاملين بالأمم المتحدة، جنيف، الأمم المتحدة، 2001، 3.



©IOM/Lowenstein-Lom 1999

**يعيش عشرون مليون عامل أفريقي ويعملون خارج
أوطانهم، وبحلول عام 2015 سيكون واحد من كل
عشرة عمال أفريقيين يعيش ويعمل خارج وطنه.⁽⁸⁾**

هنالك فرق بين المهاجرين المنتظمين وغير المنتظمين (الموثقين وغير الموثقين). المهاجرون المنتظمون أو الموثقون هم من يدخلون إلى البلدان المضيفة أو البلدان التي يقفون فيها بصورة مؤقتة بطريقة معترف بها، ويكون محل إقامتهم ومكان عملهم، إذا أمكن، معروفا ومصرحا به من سلطات الهيئات الرسمية في البلد. أما المهاجرون غير المنتظمين أو غير الموثقين (أحيانا يشار إلى وضعهم بصورة غير صحيحة على أنه هجرة أو توطن "غير قانوني")، وهم كل من دخل البلد المضيف بدون ترخيص رسمي أو مكث في البلد فترة أطول من الفترة المصرح بها، وهم على سبيل المثال، الزوار أو السياح أو الطلبة الأجانب، أو العمال يعقود مؤقتة.

وهنالك أيضا فرق بين المهاجرين "الطوعيين" والمهاجرين "المجبورين". فالمهاجرون الطوعيون هم الذين قرروا الهجرة بمحض إرادتهم (على الرغم من أن الدافع وراء الهجرة قد يكون ضغوطاً اقتصادية شديدة أو غيرها). ويشمل هذا العمال المهاجرين وأفراد العائلات الذين يهاجرون للم شمل العائلة والطلبة الأجانب. أما الهجرة الجبرية فتشير إلى "حركة اللاجئيين والتنقلات الداخلية للسكان (بسبب الصراعات)، بالإضافة إلى من يضطرون إلى الانتقال بسبب الكوارث الطبيعية أو البيئية، أو بسبب الكوارث الكيميائية والنووية، أو بسبب المجاعات أو مشروعات التنمية."⁽⁹⁾

استخدام إطار العمل الخاص بحقوق الإنسان للنظر في الخيارات التشريعية والسياسية المتاحة وخيارات البرامج. ومعنى آخر، أن تكون الحقوق الإنسانية بعدا لا يتجزأ من رسم وتصميم سياسات الهجرة وبرامجها، وتنفيذ هذه السياسات والبرامج ورصدها وتقييمها.

3- الهجرة: حجم الهجرة والمصطلحات الخاصة بها

يشمل المصطلح "الهجرة الدولية" طيفا عريضا من حركة المجموعات السكانية، وأسبابها والوضع القانوني للمهاجرين وهو الذي يحدد الفترة الزمنية التي يمكنهم البقاء خلالها في البلد المضيف والوضع الذي يعيشون فيه.

وفي الوقت الحالي، يبلغ عدد من يعيشون بصفة مؤقتة أو بصفة دائمة خارج أوطانهم الأصلية حوالي 175 مليون شخص أو 2,9% من سكان العالم.⁽⁷⁾ ويشمل هذا العدد العمال المهاجرين، والمهاجرين المتوطنين، واللاجئين، واللاجئين السياسيين، ولم يدخل بعد في حساب هذا الرقم العدد المتزايد من الانتقالات غير المنتظمة أو التي لم توثق والتي بدأت تتميز بها الهجرة في كل مكان.

⁽⁷⁾ التقرير العالمي للهجرة. جنيف، المنظمة الدولية للهجرة، 2003.

⁽⁸⁾ دعوة منظمة العمل الدولية للتغيير في مجال سياسات الهجرة في جنوب أفريقيا. جنيف، منظمة العمل الدولية، 2002/11/29. (نشرة إعلامية: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/new/291102.htm>, accessed 22/03/2004)

⁽⁹⁾ بيان مهمة قام بها الاتحاد الدولي حول دراسة الهجرة الجبرية (IASFM). أكسفورد، IASFM، 1994. (<http://www.uni-bamberg.de/~ba6ef3/iasfm/mission.htm>, accessed 16/03/2004)



*IOM/Chauzy 1995

4- لماذا يهاجر الناس: المهاجرون هجرة "طوعية" وهجرة "جبرية"

العريضة في توزع الثروة بين الشمال والجنوب بالإضافة إلى الحاجة المتزايدة للشباب والعمل الرخيص نسبيا في الشمال يوحي باستمرار الاتجاه إلى الهجرة. أما ما يحدث في البلدان الشمالية من تغيرات اقتصادية وديموغرافية وتكنولوجية وتغيرات في مجال العمل فيتطلب أن تتاح للناس القدرة على التنقل بنفس درجة انتقال المواد والبضائع أي بحرية وخلال وقت قصير.⁽¹⁶⁾ وعلى الرغم من هذه العوامل الملحة، إلا أن العمال المهاجرين لا يدخلون بصفة عامة في فئة المهاجرين المجبرين، فهناك نقاش متزايد حول الحد الذي يؤدي الافتقار إلى التمتع بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بالناس إلى ترك منازلهم بحثا عن أسباب الرزق في أماكن أخرى. وفي إيجاز، تتزايد صعوبة التفريق بوضوح بين المهاجرين بصورة "طوعية" والمهاجرين بصورة "جبرية".

على مدى التاريخ، كان الناس يتركون منازلهم سواء للهروب من الاضطهاد أو العنف السياسي أو النزاعات المسلحة.⁽¹⁰⁾ أما اليوم فإن الاختلاف أصبح في طبيعة النزاعات المسلحة وما ينجم عنها من تأثيرات صحية. فلم تعد الحرب تأتي دائما في صورة تصارع بين الجيوش، ولكنها أصبحت نوعا من القتال الطاحن بين العسكريين والمدنيين من نفس البلد أو بين مجموعات معادية ومدنيين مسلحين. وتأني الحروب، بصورة متزايدة، في شكل نزاعات داخلية ذات كثافة منخفضة ولكنها تستمر لفترات طويلة.⁽¹¹⁾ فهم يتقاتلون من خلال نوافذ الشقق وفي الطرقات الضيقة للقرى والضواحي حيث سرعان ما يزول الفرق بين المقاتل وغير المقاتل.⁽¹²⁾ وكانت النتيجة أن ارتفع عدد النكبات المدنية من 5% في مستهل القرن العشرين إلى 15% خلال الحرب العالمية الأولى، ثم 65% مع نهاية الحرب العالمية الثانية ثم إلى أكثر من 90% خلال حروب التسعينيات.⁽¹³⁾ وقد تزامن هذا مع الارتفاع الشديد للعبء العالمي لحالات اللاجئين بسبب الصراعات المسلحة من 2,4 مليون في عام 1974 إلى أكثر من 27,4 مليون في الوقت الحالي.⁽¹⁴⁾ ويقدر عدد من ينتقل داخليا في البلدان التي تعاني من الحروب إلى 30 مليون شخص.⁽¹⁵⁾

أما الفقر المتزايد (سواء أكان فقرا حقيقيا أم نسبيا)، فهو يدفع الناس إلى الانتقال بحثا عن العمل. فصور الحياة الأفضل في سائر الأماكن في العالم تصلهم وتجتذبهم من خلال جميع وسائل الإعلام التي تصل اليوم إلى أكثر الأماكن والمجتمعات النائية. كما أن الاختلافات

⁽¹⁰⁾ المفوض العالي للأمم المتحدة المعني باللاجئين. وضع اللاجئين في العالم: خمسون عاما من الأعمال الإنسانية. أكسفورد، منشورات جامعة أكسفورد، 2000، 1.

⁽¹¹⁾ Machel G. تأثير الصراعات المسلحة في الأطفال (تقرير لخبير الأمين العام للأمم المتحدة). نيويورك، اليونيسف، 1996. <http://www.unicef.org/graca/patterns.htm>, accessed 23/03/2004.

⁽¹²⁾ المرجع السابق.

⁽¹³⁾ المرجع السابق.

⁽¹⁴⁾ المرجع السابق.

⁽¹⁵⁾ المرجع السابق.

⁽¹⁶⁾ Carballo M، Divino JJ، Zeric D. مراجعة للهجرة والصحة وتأثيرهما على مجتمعات البلدان الأوروبية. جنيف، المركز الدولي للهجرة والصحة، 1997، 3.



©IOM/Chauzy 2003

أنفسهم مضطرين إلى التكيف لتقديم خدمات لا تقع في نطاق ما يمارسونه من عمل.⁽²²⁾ كما يقع عليهم عبء أكبر من العمل، مع زيادة الضغوط الملقاة على عاتقهم، والرواتب الضعيفة، والمعدات دون المستوى، وعدم كفاية الإشراف والمعلومات إضافة إلى ضياع الفرص الوظيفية، وجميعها قد تحد من دوافعهم لمواصلة العمل في مثل هذه الأماكن⁽²³⁾. (لا تقتصر هذه الأوضاع على الهجرة بين الحدود ولكن على الهجرة الداخلية أيضاً)⁽²⁴⁾.

الاتجاهات في الهجرة الدولية

إن ما يطلق عليه "نزوح العقول" أو هجرة ذوي الكفاءة هو مسألة مستمرة على مدى العقود. ففي الثمانينات، هاجر 60% من الأطباء المدربين في غانا إلى خارج البلاد،⁽²⁵⁾ وهو ليس بالنمط الشائع في العديد من مناطق أفريقيا وآسيا. وفي 1998 أوضح مسح أجري على سبعة بلدان أفريقية أن مستويات الوظائف الشاغرة في قطاع الصحة العمومية تراوح بين 7,6% (بالنسبة للأطباء في لوسوتو) و72,9% (بالنسبة للأخصائيين في غانا).⁽²⁶⁾ وقد أبلغت ملاوي عن 52,9% في الوظائف الشاغرة في مجال التمريض.⁽²⁷⁾ وهذه النسب في الأماكن الشاغرة تؤدي بالضرورة إلى تغطية غير كافية. وفي حال استمرار هذا الاتجاه، فسوف تزداد صعوبة تغطية بعض الاحتياجات الصحية للسكان.⁽²⁸⁾

القسم الثاني: التأثيرات الصحية على من يتخلفون في البلد الأصلي

يربط هذا القسم بين الأسباب التي تدعو إلى الهجرة والآثار الصحية والمربطة بالحقوق الصحية والتي تدرج على هذه الهجرة وتؤثر في من يتخلفون في البلد الأصلي. كما يركز القسم الاهتمام على قضية هجرة المهنيين الصحيين بإلقاء الضوء على الاتجاهات ذات العلاقة بالإضافة إلى الآثار المالية والمباحثات التجارية الجارية.

5- هجرة ذوي الكفاءة آثار هجرة المهنيين الصحيين

تقع على الحكومات مسؤولية توفير الصحة العمومية ومرافق الرعاية الأولية، والبضائع والخدمات والبرامج، وذلك بكميات كافية للسكان.⁽¹⁷⁾ وهذا يتضمن الأفراد المدربين من المهنيين والمهنيين الطبيين الذي يحصلون على رواتب تنافسية محلية.⁽¹⁸⁾ أما السياسات المعنية بالموارد الصحية التي تعمل على تحسين أداء النظم الصحية فهي سياسات لها أهمية خاصة من أجل تحقيق المرامي الإنمائية للألفية،⁽¹⁹⁾ بالإضافة إلى تقليص العوائق التي تقف أمام البلدان في مواجهتها للمشكلات الصحية الجوهرية مثل فيروس العوز المناعي البشري، والسل والملاريا.⁽²⁰⁾

تمثل هجرة المهنيين مشكلة خطيرة في العديد من بلدان العالم، ولاسيما في البلدان النامية التي لها تقاليد راسخة في مجال التعليم وتدريب المهنيين.⁽²¹⁾ ويظهر هذا بوضوح في البلدان ذات القدرة المحدودة للاستثمار في مجال النظم التعليمية. ففقدان المهنيين الصحيين المعنيين بالرعاية الصحية في هذه البلدان قد يتسبب في نقص شديد في الخدمات المتاحة للمجتمعات المحلية وفي قدرة البلدان النامية على المضي في تنفيذ خطط التنمية الصحية الخاصة بها. ومن أجل تعويض هذا الفقد، قد يجد المهنيون المتبقون

⁽¹⁷⁾ حق كل شخص في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والنفسية (الاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية). التعليق العام رقم 14 (2000)، الفقرة 12(a). التعليق العام يساعد على إلقاء الضوء على طبيعة ومحتوى حقوق الفرد والالتزامات الخاصة بالهيئات الرسمية للبلد.

⁽¹⁸⁾ المرجع السابق.

⁽¹⁹⁾ المرامي التنموية للألفية والخاصة بالأمم المتحدة. نيويورك، الأمم المتحدة، 2000. <http://www.un.org/millenniumgoals/>, accessed 23/04/2004

⁽²⁰⁾ Mercer H et al

الموارد البشرية للصحة: وضع خيارات سياسية من أجل التغيير (مسودة ورقة للمناقشة). جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2001. (WHO/EIP/OSD)

⁽²¹⁾ Stilwell B et al وضع سياسات أخلاقية مرتكزة على البيانات حول هجرة العاملين الصحيين: تحديات خاصة بالمفاهيم والممارسات. الموارد البشرية من أجل الصحة، 2003، 8:1.

⁽²²⁾ المرجع السابق، 8.

⁽²³⁾ المرجع السابق، 7.

⁽²⁴⁾ المرجع السابق، 4.

⁽²⁵⁾ Stalker P. الهجرة ونزوح العقول. في: دليل Stalker للهجرة الدولية. http://www.pstalker.com/migration/mg_emig_3.htm, accessed 23/03/2004

⁽²⁶⁾ Dovlo DY. استبقاء ونشر العاملين والمهنيين الصحيين في أفريقيا (محااضرة). أديس أبابا، اجتماع استشاري حول تحسين مجال التعاون بين المهنيين الصحيين والحكومات في صياغة السياسات وتنفيذ إجراءات إصلاح القطاع الصحي، 2002.

⁽²⁷⁾ المرجع السابق.

⁽²⁸⁾ المرجع السابق.

في الوقت الحالي، فإن أكبر نسبة من المهاجرين الاقتصاديين تكون من المغنبيين. فمع مهاجرون بحثاً عن الأفضل من ناحية الرواتب وأوضاع العمل والتنمية المهنية، إضافة إلى سبل حياة أفضل لأنفسهم ولأطفالهم. أما العاملون الصحيون فهم من أكثر الفئات المهنية المطلوبة، وغالباً ما يتم تعيينهم فوراً بعد تخرجهم. وقد يجذبهم هجرة العاملين الصحيين فقدان وظيفتهم في رأس المال البشري للبلدان الأصلية التي مهاجروا منها، مما يهدد تنمية وتطوير القطاع الصحي ويحد من قدرة البلدان على تقديم الخدمات الصحية.

عندما يتعلم المغنبيون الصحيون المهاجرون في بلدانهم الأصلية من خلال النظم التعليمية المدعومة وطنياً، فإن هذا يعني أن البلدان النامية تدعم النظم الصحية الخاصة بالبلدان المتقدمة.

ويمكنه أن تتضمنه خيارات السياسة ما يلي:

1. عقود مبنية

يررس حالياً أحد المستشفيات في بلد صناعي عقد اتفاق ثنائي مع مستشفى أحد البلدان النامية لتعيينه ممرضيه لفترة محددة من الوقت. وسوف تكون هذه العقود سارية لمدة خمس سنوات، ثلاث منها يتم العمل فيها داخل البلد الأصلي وليس في البلد الذي يقدم التعيين.

ويبدو أن مثل هذه العقود المبنية قد تبشر ببعض الأمل، حيث إنها سوف تتيح للبلد المستقطب للفئات المهنية أن يقدم الدعم إلى القطاع الصحي ولا سيما إلى الموارد البشرية في البلد الأصلي، كما أنها سوف تتيح للمغنبيين الصحيين فرصة العمل خارج البلاد.

ومن شأن المزيد من الشفافية في النوايا والتشريعات الخاصة بالهجرة أن تسهل من هذه العملية. فالبلد بعرفه ما إذا كان المغنبيون قادرين العزم على الهجرة ثم استخدام آلية للتعاقد لفترات محددة للعمل في البلد، على أن يتم التمويل أو على الأقل الدعم من قبل البلد الأكثر تقدماً وثروة، يجعل الفائدة تعم جميع الأطراف.

2. الاستثمار في التعليم

تود البلد "س" أن تستقطب ممرضيه للعمل بها من البلد "ص". وعوضاً عن التعيين العادي، قامت البلد "س" بإنشاء معهداً لتدريب العاملين بالتمريض في "ص"، ثم تمويله من قبل أصحاب العمل من ذوي العلاقة في البلد "س". ويتولى هذا المعهد تدريب العاملين في مجال التمريض وفقاً لإحتياجات البلد "ص"، ويهاجر البعض منهم إلى "س" بينما يبقى البعض الآخر في "ص".

إن الاستثمار في نظام التعليم الخاص ببلد آخر هو أمر غير شائع، ولكنه عندما لا تتساوى كفاً ميزان العمل، قد يكون هذا تصرفاً جيداً يقدم فرصة للبلد "المُرسل" ليعوض مالياً ويتيح المجال لتقوية بنيته التحتية.

باريانا ستيل ول، منظمة الصحة العالمية، بيانات ومعلومات من أجل السياسة، 2003.

مع 42 مليون شخص يتعايشون اليوم مع فيروس العوز المناعي البشري ومرض الإيدز، يصبح أحد أكبر التحديات الملحة في مجال الصحة الدولية هو التوسع في توصيل المعالجة بالفيروسات القهقرية المضادة للإيدز إلى من يحتاجونها بصورة فورية. واستجابة لهذا، تقوم منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع المجتمع الدولي بالعمل على تقديم المعالجة المتقدمة للحياة بالفيروسات القهقرية إلى ثلاثة ملايين شخص في البلدان النامية بحلول نهاية عام 2005.⁽²⁹⁾

أما الاهتمامات التي تدور حول مدى إمكانية تقديم المعالجة بالفيروسات القهقرية المضادة للإيدز إلى عدد كبير ممن يعيشون في الأماكن المحرومة الموارد فتتضمن قضايا حول صعوبة نظم المعالجة ونزرة مقدمي الرعاية الصحية المديين على إعطاء الدواء⁽³⁰⁾. وقد أوضحت التجربة التي تجرى حالياً في البلدان النامية والمغنية ببرامج المعالجة القهقرية، المدى المثالي الذي يمكن بلوغه من خلال الموارد البشرية المتوافرة. وعلى سبيل المثال، يمكنه إيلاء جوانب رعاية ومتابعة المعاشية بفيروس العوز المناعي البشري والإيدز إلى العاملين بالرعاية الصحية وأعضاء المجتمع على حد سواء.⁽³¹⁾

تندر المعطيات بصورة عامة حول الهجرة الدولية، على أن هنالك موارد إحصائية مختلفة توفر بعض المعطيات المفيدة حول هجرة العاملين الصحيين (مثل الإحصاءات السكانية، والمسوحات، والسجلات الإدارية، والتصاريح (الفيزات) الخاصة بالهجرة، والمعطيات المتعلقة بتصاريح العمل، والإحصاءات الخاصة بعبور الحدود بين البلدان). على أن طبيعة هذه الموارد قد تتباين من بلد إلى آخر. فهنالك في العديد من البلدان فجوات كبيرة في المعلومات إضافة إلى أن هنالك نسبة كبيرة من المسارات الخاصة بالهجرة لا يتم توثيقها، مما يجعل مقارنة المعطيات بين البلدان عملية على درجة من الصعوبة.⁽³²⁾ ولذا يصعب الرصد العالمي للهجرة بسبب نوعية المعطيات وجودتها وإمكانية المقارنة بينها.

أما المتوافر من المعطيات والتي يمكن أن تعتبر معطيات يعول عليها فيؤكد أن البلدان الأكثر غنى سوف تواصل استقطاب العاملين من البلدان النامية⁽³³⁾، وأن هجرة المهنيين الصحيين سوف تستمر طالما كانت هناك رواتب أعلى. ويزداد الإدراك بأن البلدان التي "تستقطب" يجب أن تقوم بتقدير التأثيرات الناجمة عن سياساتها لاستيفاء الحقوق الإنسانية في البلدان الأخرى.⁽³⁴⁾

(29) منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، خطة غير معلنة لوضع ثلاثة ملايين مريض بالإيدز تحت المعالجة بالفيروسات القهقرية قبل نهاية عام 2005، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2003. (نشرة إعلامية صدرت في 2003/12/01: <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr89/en/>, accessed 25/03/2004)

(30) Grubb I, Perlanders J, Schwartlander B. أسلوب للصحة العمومية من أجل المعالجة بالفيروسات القهقرية. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2002، 3.

(31) المرجع السابق، 4.

(32) انظر المرجع تحت الحاشية رقم 21، 5.

(33) انظر المرجع تحت الحاشية رقم 25.

(34) مهام بدون حدود: الحقوق الإنسانية والعدالة الاجتماعية في العالم. جنيف، المجلس الدولي المعني بسياسة الحقوق الإنسانية، 2003، 53-46.

(35) من السمات الهامة لأساليب الحقوق الإنسانية، المشاركة السياسية للمجموعات السكانية المعنية والمتأثرة بالقرارات الخاصة بالصحة على المستويات الدولية والوطنية ومستوى المجتمع. وهذا قد يعني أن المجتمعات المهاجرة في العمليات الحكومية التي تهدف إلى وضع الأولويات واتخاذ القرارات والتخطيط وتنفيذ وتقييم السياسات والاستراتيجيات التي ستؤثر في صحتهم وتطورهم.

ومن الواضح أن هنالك حاجة إلى بذل المزيد من الجهد لاستنباط حلول تفيد كافة الأطراف المعنية. (35) ومن أحد الخيارات القيام باستعراض الحوافز التي تدفع المهنيين الصحيين للمكوث في بلدانهم الأصليين والعمل على تنفيذها. (36) كما أن الدعم المالي لرفع رواتب الأطباء والعاملين بالتمريض مع توفير الإمدادات والمعدات الضرورية لهم يمكن أن يعطي دفعة للبنية التحتية الصحية في أفريقيا. (37)

(36) ثبت أن تحسين الظروف المعيشية وظروف العمل هي جزء من هذه الحوافز. رجاء الرجوع إلى: دور الرواتب في إبطاء هجرة المهنيين الصحيين العاملين في مجال الرعاية الصحية. جنيف، منظمة الصحة العالمية (وثيقة لم تنشر، وتتوافر عند الطلب من المجموعة الخاصة بالبيانات والمعلومات من أجل السياسة، EIP، منظمة الصحة العالمية، 1211 جنيف، 27، سويسرا)، 14-5. ويخشى المؤلفون من أن هذا الموجز لا يطبق إلا في بعض الحالات، وأنه لا توجد معلومات كافية تسمح بإجراء تحليل عالي الجودة لمثل هذا الموجز.

المضامين المالية

إن النظر في ما تقدمه الحكومات من استثمارات مالية في تدريب المهنيين، وفقدانها للخريجين الجدد إنما يمثلان خسارة مالية كبيرة للبلد المعني بالإضافة إلى خسارته من الموارد البشرية. ومما سبق نرى أن هنالك سببا جيدا وراء الاعتقاد بأن هذه الممارسة لا تعمل إلا على توسيع الفجوة بين البلدان الفقيرة والبلدان الغنية. (38) ويجادل الكثيرون في أن النسبة التي يرسلها العاملون المهاجرون مما يكسبونه من رزق في البلدان التي يعملون بها إلى بلدانهم الأصلية (والمعروفة بصورة واسعة بما يطلق عليه "الحوالات")، تقوم بدور مركزي في اقتصاديات البلد الأصلي. (39) ولكن في واقع الأمر، لا يقوم جميع المهاجرين بإرسال أموال إلى بلدانهم الأصلية، بل إن مقدرتهم على التحويل المالي تكون محدودة وتخضع غالبا للتقلبات التي يصادفونها في مجال العمل غير المنتظم في البلدان التي استقبلتهم.

(37) Friedman EA. لدى إمكانية تنفيذ الاقتراح منظمة الصحة العالمية بمعالجة ثلاثة ملايين مريض بغيروس العوز المناعي البشري والإيدز قبل نهاية عام 2005: ورقة بيضاء مقدمة من أحد الأطباء حول الحقوق الإنسانية. بوسطن، أطباء من أجل الحقوق الإنسانية وشركاء في الصحة، 2002.

(http://www.phrusa.org/campaigns/aids/who_doc.html, accessed 24/03/2004)

(38) When F. هل تشعر الحكومات بالدعوى؟ Labour's new idea – scrambled government? Tory night of the living dead. الجارديان، 09/06/2000.

(39) انظر المرجع تحت الحاشية رقم 8، 21. وانظر أيضا الإيكونوميست Outward Bound، 04-09/28/2002/10، 32-29.

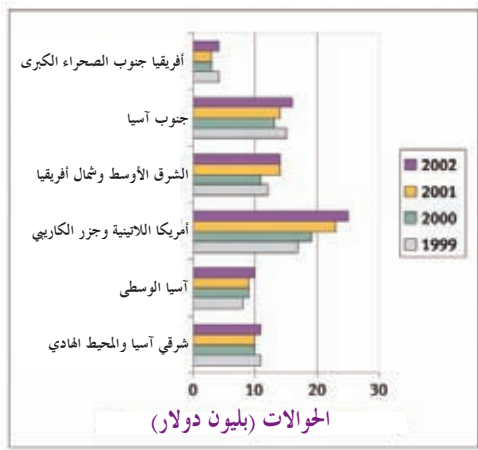
(40) وفقا لـ Manuel Carballo، مدير المركز الدولي للهجرة والصحة (ICMH)، جنيف.

(41) انظر المرجع تحت الحاشية رقم 8، 21.

(42) المرجع السابق، 9.

(43) المرجع السابق، 9. أنظر أيضا بيانات ومعلومات من أجل السياسة، تقرير الخدمات الصحية، 2002/12/16. (وثيقة لم تنشر، وتتوافر عند الطلب من المجموعة الخاصة بالبيانات والمعلومات من أجل السياسة، EIP، منظمة الصحة العالمية، 1211 جنيف، 27، سويسرا)، 6.

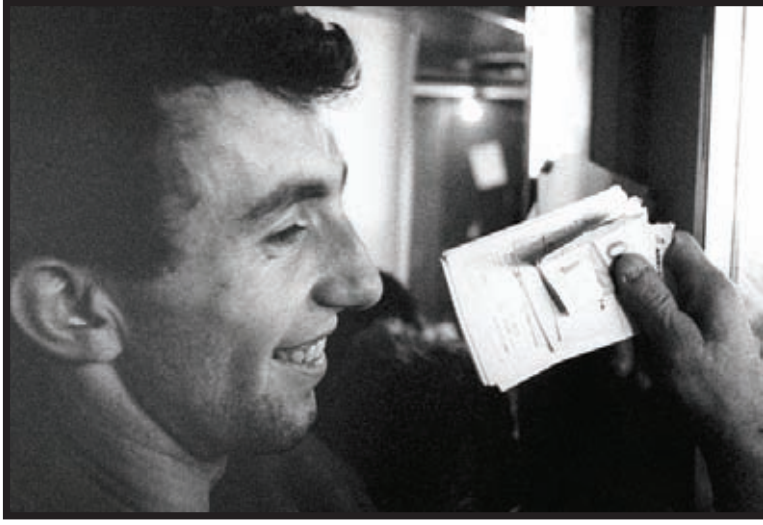
الرسم البياني رقم 1 الحوالات التي تلقتها البلدان النامية، موزعة وفقا للأقاليم في الأعوام 1999-2002 (بليون دولار)



المصدر: البنك الدولي 2003 (42)

وإضافة إلى ما سبق، وعند الحديث عن هجرة المهنيين الصحيين، فلا توجد أية بيانات على أن الحوالات المرسلة من قبل المهاجرين تساهم بالضرورة في الاستثمارات الصحية في بلدانهم الأصلية، ولا سيما أن هذه الحوالات لا يعاد استثمارها بصورة مباشرة في رأس المال البشري. وبذا فإنه مهما كان التعزيز الموجه إلى القدرة الاقتصادية للبلد على الأمد الطويل، فإن الخسارة القصيرة الأمد التي تصيب مجال المهنيين الصحيين قد تؤثر سلبا على تغطية الخدمات في البلدان النامية وعلى سبل الوصول إلى هذه الخدمات. (43)

يمثل تدفق الحوالات ثاني أكبر مورد للتمويل الخارجي للبلدان النامية، بعد الاستثمارات الأجنبية المباشرة. ففي عام 2001، بلغت وصولات الحوالات التي أرسلها العاملون إلى البلدان النامية 72,3 بليون دولار، أعلى كثيرا من إجمالي التدفقات المالية الرسمية والتدفقات المالية الأجنبية المباشرة. وفي العقد الأخير، تعدت هذه الحوالات إجمالي المساعدات التنموية العالمية. (41)



©IOM/Alyanak 1995

تكون هنالك حاجة إلى توضيح ما للاتفاقية من احتمالات في تعزيز التمتع بحقوق الإنسان أو الحث عليها.

ووفقاً للاتفاقية العامة المعنية بالتجارة في مجال الخدمات (الجات)، تتمتع البلدان بنوع من المرونة في تدبير تجارة الخدمات بصورة تحترم الحق في الصحة وتحميه وتفي به وذلك من خلال اعتمادها لاستراتيجيات تنظيمية وتنفيذها للآليات. إن التزام الدولة بحماية حقوق الإنسان يعني على سبيل المثال مسؤولية الحكومات في ضمان عمل الهيئات غير التابعة للدولة، كالشركات الخاصة، تبعاً لمعايير حقوق الإنسان كما هو منصوص عليه من خلال سلطاتها القضائية. ومعنى آخر، يتعين على الحكومات أن تضمن أن الأطراف الثالثة تسير على نفس النهج الخاص بمعايير الحقوق الإنسانية من خلال اعتمادها للتشريعات والسياسات وسائر الإجراءات التي تضمن الوصول الصحيح للرعاية الصحية، وجودة المعلومات، إلخ. كما يجب أن تقوم الحكومات بتوفير الوسائل التي يسهل اللجوء إليها لتقويم أي موقف يستنكر على الأفراد حقهم في الوصول إلى البضائع والتمتع بالخدمات.⁽⁴⁹⁾



مه شأنه تحرير التجارة أن يساهم في جودة الإمدادات وفعاليتها بالإضافة إلى زيادة الربح بالعملة الصعبة شرطاً أن تكون هناك إمارات عمل منظمة في المجال الصحي. وعلى سبيل المثال، يمكنه للمستشفيات التي تعمل مه قبل مستثمريه أجنبياً أن تقدم بعض الخدمات التي لم تكن متوفرة فيها مه قبل. كما يمكنه للمستشفيات الجديدة أن توفر بدائل وظيفية تجذب المهنيين الصحيين الذين قد يسعون، بدوفاً، إلى ترك البلاد. أما الدخل الذي ينجح مه معالجة المهني الأجنبي فيمكنه أيضاً استخدامه في رفع مستوى المرافق التي تخدم السكان المحليين.⁽⁵⁰⁾

الاتفاقيات المشددة بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة التجارة الدولية، واتفاقية منظمة التجارة الدولية والصحة العمومية، في الصفحات 112-113.

◀ اللوائح التجارية

إن قضية هجرة المهنيين الصحيين هي قضية موضوعية بصورة خاصة حيث يجري حالياً مناقشتها في إطار عمل الاتفاقية العامة المعنية بالتجارة في مجال الخدمات (الجات)، وإطار العمل القانوني الذي يقوم أعضاء منظمة العمل الدولية من خلاله بتحرير التجارة في الخدمات، بما فيها خدمات الصحة العمومية.⁽⁴⁴⁾ ومن المأمول أن تتمخض هذه المناقشات والمباحثات التي بدأت منذ عام 2000، عن انتشار التعامل والتجارة في مجال الخدمات الصحية، كما أنها فرصة لجذب الاستثمارات الأجنبية المباشرة بصورة تجعلها تستجيب للأولويات الوطنية في المجال الصحي.⁽⁴⁵⁾ ولا يخفى أن هنالك بعض المخاطر التي تترافق بهذا التحرير، حيث أن هنالك بعض البلدان التي لن تتمكن من تحقيق التوازن الذي يجعلها تحول بعض المكاسب المحتملة لها إلى فوائد صحية لأغلبية سكانها.

وفي بعض الحالات، زادت التجارة في مجال الخدمات الصحية من وخامة المشكلات الحالية التي تتعلق بضمان التمويل العادل للخدمات الصحية والمساواة في سبل الوصول إليها. وعلى سبيل المثال، فإن البلدان الفقيرة التي تصرف مواردها على معالجة الأجنبي من المرضى قد تقوم بتحويل موارد كان يمكن أن تلي بها الاحتياجات الخاصة بالإمدادات المحلية. هذا بالإضافة إلى أن الاحتياجات الخاصة بالسكان المقيمين في الأماكن النائية والذين لا يتمتعون بأية ميزات يزداد إهمالها بسبب المستشفيات الباحثة عن الربح وتلك التي يتم استثمارها بتمويل خارجي وما تستهدفه من إيجاد أسواق أكثر فائدة لها.⁽⁴⁶⁾

يتطلب أي أسلوب يعني بحقوق الإنسان أن تقوم الحكومات بتقييم التأثير المحتمل لأي اتفاقية تجارية على التمتع بحقوق الإنسان. وعلى هذه الحكومات أن تولي اهتماماً خاصاً بأكثر المجموعات السكانية اختطراً والمجموعات المهمشة.⁽⁴⁷⁾ وعلى سبيل المثال، ففي إطار قضية الحقوق الإنسانية، قد يعني هذا تقييم تأثير الاتفاقية التجارية المعنية على توافر المرافق الصحية والبضائع والخدمات وما إذا كان هذا كله محتمل التكلفة، ومدى إمكانية الوصول إليه، ونوعيته ومقبوليته من الناحية الثقافية، مع إيلاء اهتمام خاص بأكثر المجموعات المعرضة للخطر.⁽⁴⁸⁾ وقد

⁽⁴⁴⁾ رغم تنفيذ اتفاقية الجات في عام 1995، إلا أنه حتى الآن فإن الآثار التحريرية ظلت محدودة حيث وضعت البلدان الأعضاء في منظمة التجارة الدولية بعض الالتزامات التي لم يتم العمل بها حتى الآن. منظمة الصحة العالمية ومنظمة التجارة الدولية. اتفاقيات منظمة التجارة الدولية والصحة العمومية: دراسة مشتركة بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة التجارة الدولية. جنيف، منظمة الصحة العالمية ومنظمة التجارة الدولية، 2002، 47. في إطار عمل اتفاقية الجات فإن التجارة في مجال الخدمات الصحية تعني: "توفير العاملين المتخصصين وغير المتخصصين في المجال الصحي، وتوفير الخدمات التمريضية وخدمات المستشفيات والخدمات الإسعافية والمعالجة النفسية، العصبية، والخدمات الطبية المساعدة من قبل المختبرات الطبية ومختبرات الأسنان". تعريفات ومدادلات من أجل الصحة وراعي السياسة التجارية: مسرد يحتوي على 103 مصطلحاً صحياً متداول عالمياً. (وثيقة لم تنشر، وتوافر عند الطلب من قسم العولمة والتجارة والصحة/GTH/ETH/SDE)، منظمة الصحة العالمية، 1211 جنيف، 27 سويسرا).

⁽⁴⁵⁾ اتفاقية منظمة الصحة العالمية ومنظمة التجارة الدولية. اتفاقيات منظمة التجارة الدولية والصحة العمومية: دراسة مشتركة بين منظمة الصحة العالمية وأمانة منظمة التجارة الدولية. جنيف، منظمة الصحة العالمية ومنظمة التجارة الدولية، 2002، 19.

⁽⁴⁶⁾ المرجع السابق، 112-113.

⁽⁴⁷⁾ Hunt P. تقرير للمقرر الخاص للأمم المتحدة حول حق كل شخص في بلوغ أعلى المستويات الممكنة من الصحة البدنية والنفسية. جنيف، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، لجنة الحقوق الإنسانية، E/CN.4/2003/58 الفقرات 82-85.

⁽⁴⁸⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 17، الفقرة 12.

⁽⁴⁹⁾ Nygren-Krug H. 25 سوالاً وإجابة حول الصحة والحقوق الإنسانية. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2002، سلسلة رقم 1، 15.

⁽⁵⁰⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 45، 112-113.



© IOM/Lowenstein-Lom 2000

القسم الثالث: التأثيرات الصحية على من المهاجر

ويتناول هذا القسم التأثيرات الصحية على من يقوم بالانتقال أي على المهاجر، وذلك من خلال مضمون الصحة العمومية وفيما يتعلق بصحة الفرد ذاته. ويحتوي على الوسائل المختلفة التي يتم من خلالها تدبير الهجرة مثل ما يتم من احتجاز أو نحر على الحدود.

6- الهجرة الجبرية والتأثيرات الصحية

◀ من ينتقل بسبب التنمية

يتطلب الأسلوب الذي يتعلق بالحقوق الإنسانية أن يقوم العاملون بأي مشروع للتنمية بتقدير تأثيراته على حقوق الإنسان مما فيها حق التمتع بالصحة.⁽⁵¹⁾ ففي واقع الأمر، السياسات والمشاريع التي تنفذ بصورة "يفترض" أنها تحث على التنمية، تتم بإهمال شديد من حيث الدعم أو المعونة الموجهة من الجهات الخارجية للمجموعات المتأثرة.⁽⁵²⁾ وهناك حوالي 10 ملايين شخص كل عام في المتوسط، ينتقلون بسبب المشاريع الخاصة بالسدود فقط.⁽⁵³⁾ ويتأثر بنسب مختلفة كل من السكان الأصليين والقلّة الإثنية والفقراء من الحضر والريف.⁽⁵⁴⁾

تقوم الصين حالياً ببناء سد ارتفاعه 182 متر ويكّون من ثلاثة كتل عبر نهر يانجتز Yangtze. ومن المتوقع أن يؤثر هذا السد على صحة ورفاهية الملايين بحلول عام 2009. وسوف تتسبب البحيرة المتكونة بسببه في انتقال 1,3 ملايين شخص على الأقل بالإضافة إلى الأعداد على حقوق 20 مليون شخص يقيمون على ضفافها. أما المجموعات السكانية التي تعيش على ضفاف الخزانات فهي مجموعات مكتنسة، وفقيرة ولا تتمتع بالصحة. وتتسم الخدمات الصحية وامدادات المياه والإصحاح بعجز كفايتها من نسب عالية من الإصابات بالحمى الروماتيزمية، والتعب الكبد الباني، والالتهاب الرئوي، والحصبة والإسهال. أما المخاطر الصحية الأخرى فتشمل احتمال الانبعاث من جديد للعدوى الوبائية مثل الملاريا والدياريا المتقوية، ووباء الخمي النزفية الناجم عن فيروس الهانتان hantaanvirus مع الملاننة الكلوية، والتعب الدماغ الباني من النمط ٧، وداء البريميات. أما مرض كاشان Keshan، وهو احتلال شائع في عضلة القلب يصيب النساء الصغيرات والأطفال وله علاقة بكل من افتقار التربة للسليسيوم، والفيروسات المعوية والجيوب المتعفنة والنظم الغذائية في الأمكنة الموطونة بالأوبئة، فيحتمل أن يظهر لنسب المجموعات السكانية المهددة. وهناك أيضاً التعدي المتمثل في التسمم بالفلور بسبب عدم الكشف على الفحم الذي يحتوي على نسبة من الفلور أو الكشف على المياه الجوفية. ومع تجمّع العديد من القوى العاملة وما يصاحبه من حياة ليلية نشطة يرتفع خطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري، ويزداد بانتشار داء السيلان، تلك أكثر الأمراض المعدية انتشاراً في ألبصية. أما أكثر التهديدات على وجه الإطلاق فيتمثل في إمكانية استقرار داء البلعاسيات حول المنطقة التي يتواجد بها الخزانات. وهذا الداء الطفيلي لا يزال مستمراً بطول نهر اليانجتز على الرغم من برنامج مكافحة الذي دام 40 عاماً، تبنّت خلالها مناطق موطونة بالداء تصل مساحتها إلى 40 كم أسفل السد و500 كم أعلى شونج كينج Chongqing. وفي أماكن عديدة أخرى، ظهرت أوبئة لداء البلعاسيات والملاريا وغيرها من العدوى الطفيلية حول الخزانات التي نشأ بعد إقامة السدود. ولم يوضع حتى الآن أي برنامج للتصدي للتهديدات التي يضعها السد على الصحة العمومية.

"الصحة العمومية واختبار العاملة: سد الصين ذو الثلاث طبقات؟" أدرياه سلاي وسوكان جاكسون، مجلة لانست 351 (9114): 1449-1450، 16 أيار/مايو 1998.

⁽⁵¹⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 47، الفقرات 82-85.

⁽⁵²⁾ Loughma S. ما هي الهجرة الجبرية؟ أكسفورد، الهجرة الجبرية على شبكة الإنترنت:

<http://www.forcedmigration.org/whatisfm.htm>, accessed 23/03/2004

⁽⁵³⁾ المرجع السابق.

⁽⁵⁴⁾ المرجع السابق.

(65) الوضع الاجتماعي والصحي للنازحين داخليا في البوسنة وهرزجوفينا. جنيف، المركز الدولي للهجرة والصحة، 1996، 7.

(66) التأثير الصحي على الحركات التنقلية التي تحدث عن الصراعات - تجربة موزمبيق، تقرير مؤتمر مابوتو 1996/03/22-20. جنيف، المنظمة الدولية للهجرة، 1996، 11.

(67) حالة الأمهات في العالم، واشنطن، انقذوا الأطفال، 2003، 1.

http://www.savethechildren.org/mothers/report_2003/index.asp, accessed 23/03/2004

(68) Carballo M. المهاجرون، النازحون والسلوكيات العنيفة: تحد متزايد للصحة العمومية. جنيف، المركز الدولي للهجرة والصحة، 1999.

(69) بدلا من إعادة التأهيل وتوفير بيئة مساعدة للأفراد الهاربين من الضغوط، تقوم الحكومات بالعمل والإنفاق على إيجاد بيئة مليئة بالتهديد والخوف تماما مثل تلك التي هرب منها هؤلاء الناس. Silove D, Steele Z, Mollica RF. احتجاز اللاجئين السياسيين: اعتداء على الصحة وعلى التنمية الإنسانية وعلى التنمية الاجتماعية. لانسيت، 2001، 37:1436-357.

(70) اللاجئين السياسيين وصحتهم. لندن، الاتحاد الطبي البريطاني، 2003. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/asylumseekershealth>, accessed 23/03/2004

(71) الأطباء واللاجئون السياسيون. في: الاتحاد الطبي البريطاني. المهنيون الطبيون والحقوق الإنسانية: دليل من أجل جدول أعمال متغير. لندن، Zed Books، 2001، 382-412.

(72) Rodriguez Pizarro G. تقرير للمقرر الخاص حول الحقوق الإنسانية للمهاجرين. جنيف، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، لجنة الحقوق الإنسانية، E/CN.4/2002/94، 2002، الفقرة 32.

(73) اتفاقية الأمم المتحدة ضد الجريمة المنظمة عبر الحدود: بروتوكول ضد تهريب المهاجرين، فيينا، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2000. <http://www.unodc.org/palermo/smugg.htm>, accessed 24/03/2004



©IOM/Alyanak 1995

قام الاتحاد الطبي البريطاني بتقوفا القاسي الذي يتعرض له اللاجئون السياسيون في بريطانيا. (60) ونظرا لما يواجهه من مشكلات تتعلق بالظواهر الصحية التي قد تنجم إذا لم يجد التحريات الصحية للقادمين إلى البلاد، فقد نعي قلة الوقت الذي يوليه الأطباء لبناء جو من الثقة بينهم وبينه الناجم من الأذى والتعذيب، ونقص الدعم المقدم لمعالجة الإصابات المرتفعة لمشكلات الصحة النفسية، وأن النظام الحالي إنما يعني مناشدة الأشخاص المعرضين لحظم المعالجة بدون تقديم أية بدائل وبدون أي تخطيط أو أي دعم لغوي. ويحتاج أطباء الرعاية الأولية من أجل المواكبة مع الأشخاص الذين يدخلون تعرضهم للتعذيب أو الاعتصاف أو الأذى الشديد البدني منه أو النفسي (61).

المهاجرون المتهربون

إن إدخال المزيد من القيود الشديدة على دخول البلاد أمام المهاجرين بصفة عامة قد رفع من أعداد من يحاول التسلل إلى داخلها بطريقة غير رسمية. وتموت سنويا أعداد كبيرة من المهاجرين عند تهربهم من السلطات سواء عن طريق الأرض أو البحر، مع ما يحدث من حالات مأساوية مثل غرق 356 شخصا عندما زادت حمولة أحد المراكب وعاص بهم على سواحل إندونيسيا عام 2001 (62)، واختناق مهاجرين من الصين في خلفية إحدى عربات النقل في ميناء دوفر ببريطانيا عام 2000 (63).

ضحايا التجارة (تجارة الهجرة)

يستخدم التجار أساليب وطرقا قسرية للتحكم في ضحاياهم ومنها ممارسة الخدع، والاحتيال، والتخويف، والعزل، والتهديد، بالإضافة إلى استخدام القوى البدنية والاستبعاد عن طريق الديون. وتتمثل بعض التأثيرات الصحية السلبية التي يعاني منها ضحايا التجارة وغالبيتهم من النساء والأطفال، في تعرضهم بصورة كبيرة إلى مخاطر الإصابة بالاعتلالات الصحية وقلة حيلتهم وقدرتهم على تنفيذ وتحقيق الخيارات الصحية ولاسيما بين من يعاني منهم من المعيشة تحت ظروف فقيرة، أو يتعرض للعنف البدني أو يخضع لعبودية شروط العمل القاسية، إضافة إلى

النازحون داخليا واللاجئون

في الحالات التي تحدث فيها الصراعات، غالبا ما يتصاحب نزوح السكان بتزوح العاملين الصحيين أيضا، مما يتسبب في تمزق وحدة الخدمات الصحية وإعاقة السبل الحيوية للوصول إلى الرعاية (55). ونتيجة لهذا، فإن أمراضا تمت مكافحتها في الماضي قد تظهر من جديد وتتخذ شكل الأوبئة. فعلى سبيل المثال، في أنغولا، كان داء المثقبيات قد انخفض بين 1949 و1974 من 2500 حالة إلى ثلاث حالات فقط ولكنه عاد وظهر من جديد بنسبة واحد إلى ثلاثة أشخاص معرضين للإصابة به في أنغولا (56).

يزداد الإدراك بأن المدنيين ولاسيما الأمهات والأطفال

منهم يتحملون الوطأة العظمى من التأثيرات الناجمة عن الصراعات الحديثة، سواء بإصابتهم، أو بانضمامهم إلى النزوح بعيدا، أو بتعرضهم للأذى أو القتل (57). أما الرجال فقد يتوهمون من الممارسيين المتصارعين، ويعاني النساء والأطفال وكبار السن من المعيشة المتعبة بالعداء مع عدم اتخاذ إجراءات كافية لحمايتهم من العنف المترافق مع الدروب والاستغلال أو تعرضهم للأذى. وتواجه النساء والفتيات مخاطر صحية جسدية في خدمات اللاجئين حيث غالبا ما يقع ضحايا للاعتداءات الجنسية، حتى من قبل الحراس أو من بعدهم حراسهم. وفي إحدى المجموعات التي تم إجراء مسح عليها بين اللاجئين من زيمبابوي، وجد أن 25% من نساء منهن كانوا قد تعرضن إلى العنف الجنسي (58).

طالبو اللجوء السياسي

غالبا ما يتعرض اللاجئون وطالبوا اللجوء السياسي منهم إلى الإصابة بالاضطرابات الناجمة عن تعرضهم للأذى والكرب إضافة إلى معاناتهم من مشاعر القلق وبعدهم عن أفراد عائلاتهم. وكثيرا ما يكون منهم من يتعرض بالفعل للتعذيب وسائر أنواع الإساءة، بما فيها الإيذاء الجنسي. أما العجز النفسي الاجتماعي سواء القصير أو الطويل الأمد فوارد حدوثه بين السكان النازحين مما يجد أحيانا من قدرتهم على التكيف بسهولة أو بصورة نشطة في البلدان المضيفة (59).

الأيدولوجي " بين الأطفال عندما يترافق باضطرابات ما بعد التعرض للكرب والأذى، يمكن أن يؤدي لاحقا إلى انتهاج العنف في مسار الحياة وقد يتسبب في التعامل بصورة عنيفة داخل المجتمعات المضيفة وضدها.⁽⁶⁵⁾



©IOM/Barriga 1999

لقد تبين أيضا أن الاحتجاز يؤثر سلبا على توافر الرعاية الصحية وعلى سهولة الوصول إليها والحق في التمتع بالسرية والخصوصية. فعلى سبيل المثال، تم التبليغ في حينه، على أن الفحوصات تجري بحضور الحراس، وأن الوصول إلى الرعاية الطبية يخضع إلى ما يتم من تفاوض مع العاملين في غير الأوقات المتعاقد عليها، وأن المواعيد الطبية قد تلغى في حالة غياب المرافقين الرسميين.⁽⁶⁶⁾

وفي العديد من البلدان الغربية التي تدرك الحاجة إلى بعض الاحتجاز حتى تستكمل مراسم الكشف عن الهوية والتحرري الصحي، يسود الاتجاه حاليا نحو إطلاق المهاجرين في المجتمع⁽⁶⁷⁾. وفي واقع الأمر، هناك دعوة يتم ترويجها حاليا في كل مكان باتباع نظام ثلاثي المراحل يبدأ بالاحتجاز المحكم ثم الاحتجاز المفتوح ثم الانفتاح على المجتمع، أو اتباع نظام مؤلف من هذه النظم معا. وقد يكون هذا بالفعل أقل تكلفة وأكثر إنسانية بحيث يسمح للقادمين الجدد بالعيش مع أقربائهم أو أصدقائهم، مع استيفائهم لكل ما يطلب منهم أو دفعهم لكفالة ما أو ضمان وبدا فقد تنخفض الحاجة إلى الوسائل العامة للمبيت والطعام.⁽⁶⁸⁾

من الاضطهاد إلى السج: العواقب الصحية لاحتجاز طالبي اللجوء السياسي

في مسح حديث أجرته منظمة "الأطباء المناصرون لحقوق الإنسان" شمل طالبي اللجوء السياسي المحتجزين في الولايات المتحدة، تبين أن الاحتجاز هو نوع من أنواع الضغوط الكبيرة على طالبي اللجوء السياسي مما يؤدي إلى تفاقم الأعراض العصبية والنفسية لديهم. ولا يبدو أن طالبي اللجوء السياسي المحتجزين يحصلون على أية خدمات خاصة بالصحة النفسية. بل على النقيض، فقد حولت هذه الدراسة الاهتمام إلى الطريقة التي يعامل بها هؤلاء المحتجزون سواء عند وصولهم إلى البلاد أو أثناء احتجازهم.⁽⁶⁹⁾



©IOM/Foca 2003

الآثار المترتبة على الصحة الإنجابية والجنسية وما تشمله من العداوى المنقولة جنسيا، والحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض غير الآمن، والعقم، وفيروس العوز المناعي البشري والإيدز، وأخيرا وليس آخرا المضامين الصحية التي تتعلق بالنواحي العاطفية والنفسية.⁽⁶⁴⁾

7- احتجاز المهاجرين وما يفرضه من تحديات صحية

تتعامل الحكومات بصورة غمطية مع المهاجرين الذين يصلون إليها، على أنهم نوع من المشكلات أكثر من تعاملها معهم على أنهم قوة دافعة. وبغية مواجهة التدفقات التي تغد إليها، أنشأت حكومات البلدان المضيفة مراكز لاحتجاز المهاجرين من أجل التعامل معهم وتحري حالاتهم وغير ذلك من الإجراءات الإدارية قبل السماح لهم بالاستقرار في البلد المضيف، هذا إن سمحت لهم أصلا بالدخول والاستقرار فيها.

عندما نشبت الأزمات الاقتصادية في أواخر التسعينيات في جنوب كوريا، كان هنالك 90 ألف مهاجر غير متوقع داخل البلاد. وقد أعطيت الأوامر إلى الآلاف منهم بمغادرة البلاد أو دفع غرامة على الرغم من أن العديد منهم كان أصلا عاطلا ولا يمكنه الدفع. وغالبا ما يحتجز المهاجرون قبل ترحيلهم في ظروف غير إنسانية متدسة.

المصدر الدولي للعفو العام، ASA 25/02/99.

العفو الدولي العام، شباط/فبراير 1999.

ولما كانت البلدان المضيفة لا تستطيع أو لا ترغب في الاستثمار بصورة قوية في مجال الصحة والإصحاح داخل مراكز الاحتجاز وفي معسكرات اللاجئين، فإن العديد منها يكون مكتظا بالناس مؤديا بذلك إلى انتقال الأمراض السارية. أما المهاجرون المهابرون من ويلات الحروب وسائر فئات المهاجرين مثل ضحايا تجارة الحجرة، فقد يعانون من الكرب الذي يأتي عقب ما يتعرضون له من تعذيب، مما يضاعف من رغبتهم العدوانية التي تزداد بالظروف المحيطة في هذه المراكز وبالأسلوب الذي يعاملون به. أما احتمال تأثير هذه المعاملة على الأشخاص المعنئين وكيفية هذا التأثير على الأمد الطويل فغير واضح على أن الالتزام

Phinney A⁽⁶⁴⁾
التجارة بالنساء والأطفال من أجل الاستغلال الجنسي في الأمريكتين. واشنطن، النساء والصحة والتنمية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الأمريكي، 2001، 4-6.

⁽⁶⁵⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 58، 12-13.

Loff B⁽⁶⁶⁾. احتجاز اللاجئين السياسيين في أستراليا. لانست، 2002، 792:359.

⁽⁶⁷⁾ السويد، على سبيل المثال، يتم احتجاز الوافدين للتحقق من شخصياتهم، ثم يطلق سراح معظمهم بعد فترة وجيزة جدا، ولا سيما إذا كان لديهم أقارب أو أصدقاء في السويد. وفي السويد، يمكن احتجاز أي طفل لمدة لا تتجاوز ستة أيام. نشرة إعلامية حول المهاجرين: أسئلة وأجوبة. سيدن، العفو العام، أستراليا، 2001.

http://www.amnesty.org.au/whats_happening/refugees/resources/fact_sheets/General_Questions, accessed 24/03/2004

⁽⁶⁸⁾ بدائل الاحتجاز. Glebe، مجلس اللاجئين بأستراليا. http://www.refugeecouncil.org.au/html/current_issues/alternatives1.html, accessed 24/03/2004

⁽⁶⁹⁾ من الاضطهاد إلى السجن: النتائج الصحية لاحتجاز اللاجئين السياسيين. بوسطن ومدينة نيويورك، أطباء من أجل الحقوق الإنسانية (PHR) وبرنامج بلفيو/جامعة نيويورك لمن نجى من التعذيب، 2002.

(70) الإعلان العالمي للحقوق الإنسانية (UDHR)،
1948/12/10، البند
(2)، 13.

(71) بعد مباراة 09/11/2001 - قيود سياسيات الهجرة، فالنسيا، بيان للمراقبة الخاصة بالحقوق الإنسانية بمناسبة المنبر المدني الأوروبي وساحل البحر المتوسط، 2002/04/13،
(http://www.hrw.org/press/2002/04/valenciaspeech0413.htm،
accessed 14/04/2004)

(72) أعيد التأكيد العام على هذا في التعليق رقم 14 وفي القرارات التي أصدرتها لجنة الأمم المتحدة للحقوق الإنسانية. انظر القرارات: E/CN.4/RES/1997/33، E/CN.4/RES/1999/49، E/CN.4/RES/2001/51 حول حماية الحقوق الإنسانية في إطار فيروس العوز المناعي (فيروس العوز المناعي البشري)، ومتلازمة العوز المناعي (الإيدز).

(73) Braunschweig، S. Carballo M، الصحة والحقوق الإنسانية للمهاجرين، جنيف، المركز الدولي للهجرة والصحة، 2001.

(74) فيروس العوز المناعي البشري ومتطلبات الفحص قبل الدخول إلى البلدان الأجنبية، واشنطن، الأمم المتحدة، الإدارة التابعة للدولة، آذار/مارس 2003،
(http://www.travel.state.gov/HIVtestingreqs.html،
accessed 23/03/2004)

(75) Matteeli A، El-Hamadi، Hamad I، السياسات والمجموعات السكانية السرية في: Haour-Knipe M، Rector R، eds، عبر الحدود: الهجرة والعرق والإيدز، بريستول، Taylor & Francis، 184-185، 1996.

(76) البرنامج العالمي لمكافحة الإيدز التابع لمنظمة الصحة العالمية، تقرير للاجتماع التحضيري للحلقة الاستشارية المعنية بالقيود طويلة الأمد على السفر وفيروس العوز المناعي البشري والإيدز، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 1994، 6.

(77) المرجع السابق، 7.

(78) متلازمة الأمراض النفسية الحادة والزمنة.

(79) Spiro P، التحديات القانونية التي يفرضها فيروس العوز المناعي، CNN،
FindLaw، 29/04/2003،
(http://www.edition.cnn.com/2003/LAW/04/29/findlaw.analysis.spiro.sars/،
accessed 23/03/2004)

(80) الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، اللجنة الفرعية المعنية بالرقابة من التمييز وحماية الأقليات، مبادئ سيراكوزا ونماذج أحكام الاتفاقية الدولية حول الحقوق المدنية والسياسية، الملحق، وثيقة الأمم المتحدة رقم 4/1985،
E/CN.4/1985/4،
(1985).

8- تحري المهاجرين عند الحدود



10M/Chauzy 1999

يعترف القانون الدولي بحق كل شخص في أن يترك وطنه⁽⁷⁰⁾، وعلى النقيض فليس هنالك أي التزام مشابه يفرض على أي بلد آخر السماح بدخول أراضيه. وبالتالي فقد الغيت التصريحات الخاصة بالخروج من البلد في معظم البلدان وما زالت تصريحات الدخول لبعض البلدان سارية ويجرى العمل بها.

بصورة تقليدية، كانت القضايا المتعلقة بالهجرة تقع داخل نطاق السيادة الوطنية. أما اليوم فإن الحكومات في العديد من البلدان تنتهج أسلوباً مقيداً للهجرة. وتجري الهجرة حالياً تحت ستار من التمييز المتزايد المصحوب بالخوف والعداوة تجاه المهاجرين إضافة إلى السياسات الوطنية التي تجعل من الصعب الدخول إلى البلاد والاندماج في المجتمع والتمتع بأية رفاهية فيه. أما الضربات الإرهابية التي حدثت في 11 أيلول/سبتمبر عام 2001 والتي تبعها تنفيذ الاستجابات الوطنية الخاصة بالأمن فقد ساعدت على زيادة هذه المواقف شدة وزادت من اشتعال مباحثات مؤيدي السياسات المقيدة للهجرة.⁽⁷¹⁾

يزداد الاعتراف بأن التمييز على أساس الحالة الصحية هو جزء من القانون الدولي لحقوق الإنسان.⁽⁷²⁾ ولا يشار إليه بصورة واضحة في المعاهدات الدولية الخاصة بحقوق الإنسان مقارنة على سبيل المثال بالجنس أو العنصر أو الدين. ورغم هذا، فإنه يدخل على نطاق واسع في مضمون "الأوضاع الأخرى" ليصبح أحد المواضيع التي يحرم الحديث فيها.

إن تصنيف المهاجرين وفق وضعهم الصحي ممارسة شائعة. وتقوم بعض الحكومات باستخدام التحري كوسيلة للحصول على المعلومات الضرورية لتحويل المهاجرين إلى الرعاية الصحية، وعلى النقيض فهنالك حكومات تستخدم هذه المعلومات لمنع الدخول إلى بلادها. وعلى سبيل المثال، يجري تحري العاملين المقيمين عند الدخول إلى سويسرا لمعرفة ما إذا كانوا مصابين بأي أمراض شائعة، ويحدث هذا قبل إصدار أي عقد عمل لهم. ولا يمنع هذا من قيام الدولة بمعالجة معظم العدوى التي يسهل معالجتها بما فيها مرض السل.⁽⁷³⁾ ووفقاً لوزارة الخارجية الأمريكية، هنالك حوالي 60 بلداً تطلب من الأجانب إجراء الفحص الخاص بالإصابة بفيروس العوز المناعي البشري قبل الدخول إليها وذلك بالنسبة إلى الزوار الذين ينوون المكوث لفترات طويلة مثل الطلبة والعمال.⁽⁷⁴⁾ ومما يتوافر من بيانات، لا يبدو أن هنالك أي دور لفحوصات الكشف عن فيروس العوز المناعي البشري ضمن عمليات التحري التي تجرى لدخول البلاد، حيث أن المعطيات الإبيدميولوجية المتوافرة حول انتقال فيروس العوز المناعي البشري والتاريخ الطبيعي تبين أن السماح بدخول المهاجرين المصابين بالفيروس لا يضيف أي خطر على السكان المحليين.⁽⁷⁵⁾ وإذا ما عدنا إلى عام 1994، فإننا نجد أن تقرير منظمة الصحة العالمية يوضح

عدم فعالية وعدم جدوى القيود المفروضة على السفر للأسباب الثلاثة التالية⁽⁷⁶⁾:
1- يتواجد فيروس العوز المناعي البشري بالفعل في كل بلد في العالم، 2- من المستحيل إغلاق الحدود بصورة فعالة ودائمة، 3- لما كان الناس يخشون من تطبيق القيود عليهم، فقد يدخلون إلى البلاد بصورة غير قانونية أو يظلون فيها بوضع غير قانوني، وهذا الوضع السري لن يسمح لهم قطعاً باللجوء إلى استخدام المداخلات الوقائية. وتتناول وثيقة منظمة الصحة العالمية الوضع باستفاضة أكثر فتلقي الضوء على أن هناك رؤيتين مختلفتين حول العلاقة بين القضايا الاقتصادية والقيود المفروضة على السفر بالنسبة للمصابين بالفيروس أو بالإيدز. وأولى هاتين الرؤيتين تجد أنه ليس هنالك أي مبرر، من الناحية الاقتصادية، لعمليات التحري، أما الرؤية الثانية، فإنها لا تحبذ استبعاد سائر الأوضاع الصحية المشابهة والتركيز فقط على الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري والإيدز، وهذا في حالة وجود ما يبرر هذا التحري من الناحية الاقتصادية أيضاً.⁽⁷⁷⁾

أما في حالة الأمراض العالية العدوى مثل متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد الخيم (سارس)⁽⁷⁸⁾، والذي يمثل تهديداً فورياً على الصحة بصفة عامة، فإن التحري قبل الرحيل قد يوفر مسلكاً هاماً لحماية الصحة العمومية. ولما كان هنالك إدراك باستحالة إغلاق الحدود الوطنية أو الكبح الفعال لعمليات الهجرة، وفي ضوء الواقع الذي يقضي بأن حامل المرض قد لا يعي أن مرضه معد، يصبح ترصد الصحة العمومية الذي يجري على المشتبه في إصابتهم بالعدوى هم ومن يتصل بهم هو أكثر الاستراتيجيات فعالية.⁽⁷⁹⁾ ومن الناحية العملية فقد يعني هذا فتح أبواب الهجرة القانونية والمنظمة والتوسع فيها مع إمكانية إجراء التحري الصحي لأكثر الأمراض إعدادية وتطبيق العزل وإجراءات العزل الطبي بصورة صحيحة وفقاً لمبادئ سيراكوزا.⁽⁸⁰⁾

إن القيود على تطبيق بعض الحقوق الإنسانية لا يمكنه أن تخضع لأي تبرير إلا تحت شروط معينة تدخل في نطاق القانون الدولي لحقوق الإنسان ويشار إليها بمبادئ سيراكوزا، وهي تشمل ما يلي:

1. ترفض القيود وتنفذ وفقاً للقانون؛
2. يطبق القيد لخدمة هدف شرعي له أهمية عامة؛
3. يكون القيد على درجة عالية من الأهمية ويطبق في نطاق مجتمع ديمقراطي يعمل على تحقيق الهدف منه؛
4. عندما لا تتواجد أية وسائل أخرى أقل حدة وتقييداً منه لتحقيق نفس الغرض؛
5. لا يتم فرض القيد بصورة عشوائية، أي بصورة لا مبرر لها أو بصورة تخضع للتمييز مثلاً، و
6. هذه القيود تكون مربوطة بفترة زمنية محددة ويمكن مراجعتها في أي وقت.



©IOM/Alyanak 1995

القسم الرابع: صحة المهاجرين وحقوقهم الصحية في البلد المضيف

يقدم لنا هذا القسم القضايا التي تتعلق بالصحة وحقوق الإنسان للمهاجرين عند وصولهم إلى البلد المضيف. وهو يركز اهتماماً خاصاً على الفئات الأكثر تعرضاً للخطر من المهاجرين، ويلقي الضوء على بعض التحديات الرئيسية التي تقف أمام تعزيز حقوقهم الإنسانية في التمتع بالصحة وحمايتهم.

◀ إمكانية الوصول بالنسبة للحالة القانونية

يمثل الوضع القانوني للمهاجرين في البلاد أحد أكثر العوامل الفاصلة أهمية في ما إذا كانوا يصادفون أية عوائق تمنعهم من الوصول إلى الخدمات الصحية. ولذا يصبح من المناسب أن تبدأ هذه الدراسة باستكشاف الحقوق الصحية والإنسانية الخاصة بالمهاجرين غير الموثقين أو "غير المنتظمين".

إن القوانين والسياسات التي تمنع المهاجرين من الوصول إلى الخدمات الصحية ومنها الرعاية الصحية، تركز على الأوضاع الخاصة بالمهجرة وتعمل على بث ونقل الفكرة القائلة بأن المهاجرين غير المنتظمين تقع على عاتقهم المسؤولية الأولى والأخيرة في وضعهم الصحي المحفوف بالمخاطر. كما أن هذه القوانين والسياسات إنما توحى أيضاً بأن ما يقدم من خدمات صحية إلى هؤلاء المهاجرين إنما هي تكلفة عالية يتكبدتها دافعو الضرائب، وأن إقصاء هؤلاء المهاجرين عن التمتع بالفوائد الاجتماعية يمكنه أن يحد من تدفق المهاجرين غير المنتظمين في المستقبل. ولذا فإن السماح لهؤلاء المهاجرين من الوصول إلى الخدمات الصحية يعتبر في أغلب الأوقات عملاً خبيراً تقدمه الدولة أو "كرماً زائداً منها". وعلى نقيض ذلك، ووفقاً لحقوق الإنسان، فعلى الحكومات التزام قانوني وشرعي يتعلق بصحة كل شخص في حدود سيادتها القانونية.

إن درجة التعرض للخطر التي يجد المهاجرون أنفسهم فيها تعتمد على مجموعة متباينة من العوامل تتراوح بين وضعهم القانوني والبيئة المتواجدين فيها بصفة عامة. وفي ما يلي نورد بعض العوامل الرئيسية ذات العلاقة المباشرة وغير المباشرة بتمتع الأفراد بحقوق الإنسان، والتي يمكن أن تؤثر على صحة ورفاهية المهاجرين.

"إن رغبة البلدان للترحيب بالمهاجرين، والطريقة التي تتم بها معاملتهم هي مقياس مدى التزام هذه البلدان بالعدالة الإنسانية والكرامة البشرية. كما أن استعداد البلدان للتكيف مع التغيرات التي يأتي بها المهاجرون ستكون مؤشراً لتقبلهم للالتزامات وفرص العولمة، بالإضافة إلى كونه مؤشراً للمفهوم الخاص بهم حول المواطنة العاطية أي حقوق وواجبات كل مواطن في العالم. أما مواقفهم تجاه هذه القضية فسوف تكون بمثابة اختبار لهم حول ما إذا كانوا قد أدركوا وتعلموا من الدروس والالتزامات التي ساقها لهم التاريخ".⁽⁸¹⁾

⁽⁸¹⁾ محاضرة Emma Lazarus التي ألقاها الأمين العام Kofi Annan حول التدفقات الإنسانية الدولية، في 2003/11/21. نيويورك، الأمم المتحدة، 2003. (نشرة إعلامية SG/SM/9027: <http://www.un.org/News/Press/docs/2003/sgsm9027.doc.htm>, accessed 23/03/2004)

إن السياسات الرسمية للدولة التي لا تلزم أصحاب العمل بتوفير التغطية الصحية للمهاجرين غير المنتظمين قد تشجع على اللجوء إلى تعيين هؤلاء المهاجرين، حيث تقل تكلفتهم عن تكلفة المواطنين الوطنيين الذي يتطلبون دفع اشتراكاتهم في التأمين الصحي.

أما قانون حقوق الإنسان والالتزامات التي تقتضيها الصحة العمومية فيتطلبان أن يسمح للمهاجرين غير المنتظمين بحد أدنى على الأقل من حماية الصحة العمومية. ورغم هذا فإن الاعتراف بالحقوق الصحية لهؤلاء المهاجرين يقتصر على اتفاقيتين دوليتين هما: الاتفاقية الخاصة بالعمال المهاجرين (1990)، واتفاقية المنظمات الخاصة بعمال المناطق الريفية (1975). وتجدر الإشارة بأنه عند تفسير الحق في الصحة، فإن اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أوضحت التزام البلدان باحترام الحق في التمتع بالصحة عن طريق الإحجام عن استنكار أو تحديد سبل الوصول العادل إلى الخدمات الوقائية والعلاجية والمكلفة، أمام الجميع، بما فيهم اللاجئين السياسيين والمهاجرين غير المنتظمين.⁽⁸⁴⁾

إن الاتفاقية الدولية لعام 1990 والمعنية بحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد عائلاتهم، تمنح جميع العمال المهاجرين وأفراد عائلاتهم سواء المنتظمين أو غير المنتظمين على حد سواء، الحق في الرعاية الطبية الطائفة. على أنها فشلت في أن تعطي المهاجرين غير المنتظمين الحق في الاستفادة من الإجراءات الوقائية ضد الأمراض مثل التشخيص المبكر والمتابعة الطبية.



©WHO/Virot



©OM/Lowenstein-Lam 2000

"ع" واحد من المهاجرين الإيجابي لفدوسه العوز المناعي البشري، تحدى بنجاح أمر ترحيله من بريطانيا العظمى إلى إحدى جزر الكاريبي، وذلك بأنه قام بالدفاع قائلاً إن من شأن ترحيله أن يعرضه إلى تلقي معاملة غير إنسانية ومعينة مما يمثل خرقاً للبند الثالث من الاتفاقية الأوروبية حول الحقوق الإنسانية. وفي الاستئناف، أيدت المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان دفاع "ع"، موهمة أن البند الثالث قد تم انتهاكه حيث أنه انتقل السيد "ع" إلى جزيرة كيت سوف يؤدي إلى الإنقراض المفاجئ للمعالجة الطبية الطويلة الأمد التي يتناولها بسبب عدم قدرة البلد هناك على توفير المعالجة المضادة للفيرسوسات القهقرية. وعلى الرغم من أن المحكمة قد أوضحت أن هذه الحالة هي حالة لها ظروفها الخاصة إلا أنها شددت على أن الحماية المنصوص عليها في البند الثالث والخاصة بالمعاملة الإنسانية والمعينة هي حماية مطلقة يجب أن تطبق ويتم تنفيذها بغض النظر عن طبيعة وسلوك من يخضع للترحيل.

(المملكة المتحدة، 24 ECHR 423، 1997)

على الرغم من أن حقوق الإنسان تنطبق على الجميع داخل نطاق حدود أي بلد، إلا أنه من الجائز أن تختلف المعالجات المقدمة في بعض الحالات تبعاً للجنسيات.⁽⁸²⁾ على أنه وفقاً للاتفاقية التي تدين التمييز العنصري، فإن الحكومات لا ينبغي لها أن تميز أو تفضل بعض الجنسيات على جنسيات أخرى.⁽⁸³⁾

Nottebohm⁽⁸²⁾
(Liechtenstein v.
Guatemala)
1951-1955، تقرير
ICJ 4، الصفحة 23.

⁽⁸³⁾الاتفاقية الدولية
حول التخلص من كافة
أشكال التمييز العنصري
(ICERD) (اعتمدت في
1965/12/21 ونفذت
في 1969/01/04)، وفي
البند الأول (1): "التمييز
العنصري يعني أي تفرقة، أو
إقصاء، أو قيود أو تفضيلات
ترتكز على العنصر أو اللون
أو نسب أو أصل وطني
أو إثني... وقد أوضح
لاحقاً أن الأحكام التي
تشمل التفرقة أو الإقصاء،
أو القيود أو التفضيل بين
المواطنين وغير المواطنين"
البند الأول (2)، على أنه
سوف يطلب من البلد أن
تقوم بتأمين "أن الأحكام
القانونية لا تقوم بالتمييز
ضد أي جنسية معينة" البند
الأول (3).

⁽⁸⁴⁾انظر المرجع تحت الحاشية
رقم 17، الفقرة 34.

هناك عموماً قوياً تحدد الأهداف التي تنتهجها الحكومات في مجال العجزة غير المنتظمة. ورغم هذا فإن سياساتها واستجابتها القانونية قد تختلف بصورة كبيرة. وأكبر مثال على هذا الاختلاف هو التجربة التي قامت بها كل من فرنسا وإنجلترا حيث أوضحت الأساليب المتباينة المتعلقة بالحقوق الاجتماعية الخاصة بالمهاجرين غير المنتظمين وما يترتب عليها من تأثيرات على الصحة العمومية وحقوق الإنسان:

ولبدأ بإجازة القانون الذي صدر عام 1893، وبمقتضاه التزمت فرنسا لأكثر من قرن بالتقليد الذي يضمه الوصول الحر والمجان إلى الرعاية الصحية من قبل المجتمعات المحرومة من الخدمات. بغض النظر عن وضع هذه المجموعات القانوني أو جنسياتها. وفي عام 1999، قامت الهيئة التشريعية الفرنسية بإجازة ما يسمى بالتغطية العائلية للأمراض وكانت تعرف إلى توفير سبل الوصول العادل إلى الرعاية الصحية لجميع المحرومين اقتصادياً. ولكنه اقتصرت هذه التغطية على من لديهم سنه دائم أو منتظم وبنا أقصت المهاجرين غير المنتظمين من الاستفادة منها. ورغم هذا فقد استمرت الموعونة الطبية التابعة للدولة في تقديم الفحوصات والمعالجات والأدوية إلى المهاجرين غير المنتظمين. وفي عام 2002، حدث تغيير في القانون، بتعيين بمقتضاه أن يقوم المستفيدون من التغطية العائلية للأمراض بالمساهمة في نفقات ما يلقونه من معالجة، مما أسفر عن الشعور بالخوف من أن يتردد المهاجرون غير المنتظمين في التماس المساعدة الطبية وبالتالي تتفاقم حالتهم ويزداد تعرضهم للمخاطر. ومع ما تلقته الحكومة من انتقادات في هذا الصدد، فقد قامت بتعليق تنفيذ هذا التعديل. وعلى الرغم من اعتراف الحكومة بمسؤولياتها لتوفير الرعاية الصحية للمهاجرين غير المنتظمين، إلا أن هناك العديد من العقبات التي تمنع، من الناحية العملية، الوصول إلى هذه الرعاية ومنها: ضعف الرعاية لها، وانخفاض الوعي في المجتمع المهاجر، والخوف من الترحيل، وما تطلبه من عمليات معقدة والطلب الشديد الملقى على عاتق موارد المستشفيات.

أما إنجلترا فقد انتج أسلوباً مختلفاً وذلك بعدم التعامل بصورة واضحة مع حقوق المهاجرين غير المنتظمين في الرعاية الصحية داخل نطاق شريعتنا. فالهئية للحصول على الخدمات الصحية الوطنية في إنجلترا تنبثق على أساس ما إذا كان الشخص "مقيماً بصورة منتظمة" في المملكة. أما المهاجرون غير المنتظمين فمثلهم مثل "النوار من خارج البلاد"، يتعين عليهم دفع تكاليف الخدمات بالمستشفى مع حقهم في معالجة محدودة من قبل الهيئة الوطنية التي تقدم الخدمات الصحية. هذا بالإضافة إلى أن الممارسيين العاميين عند تقديمهم للمعالجة غير الطارئة، يتعطلون في اتخاذ القرارات الخاصة بتقديم المعالجة من خلال الهيئة الوطنية للخدمات الصحية أو تقديمها على أساس نظام الدفع الخاص. وغالبية المهاجرين غير المنتظمين لا يمتلكون دفعاً لأصناف الخاصة التي قد يتمنئ أي مريض خاص من تحملها.

إن تجربة كل من فرنسا وإنجلترا مع المهاجرين غير المنتظمين تتباين بصورة كبيرة في سياساتها وفي ما تضعه كل منهما من إجراءات قانونية. على أن وصول هؤلاء المهاجرين إلى الرعاية الصحية غير كاف في كلا النظامين. فالقانون الفرنسي يقوم بتمييز المهاجرين غير المنتظمين بالسماح لهم بالوصول إلى الرعاية الصحية فقط من خلال شبكات معقدة، أما القانون الإنجليزي، فهو يشكك في إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية بالتزام الصمت التام بخصوص هذه القضية.

سلفي دالومبا، الحقوق الاجتماعية الأساسية للمهاجرين غير المنتظمين: دراسة حالة لحقوق المهاجرين غير المنتظمين في الرعاية الصحية في كل من فرنسا وإنجلترا، جامعة لايبستز، المملكة المتحدة. ورقة عمل قدمت إلى المؤتمر المعني بالعجزة غير المنتظمة، والمؤتم المعني بحقوق الإنسان، في 29 حزيران/يونيو 2003.

غالباً ما يقع العمال المهاجرون خارج نطاق البرامج الصحية التي تمويلها الدولة، كما أنهم كثيراً ما لا يمتلكون تحمل تكلفة التأمين الخاص. وبالتالي، فإن العمال المهاجرين، حتى في البلدان الغنية جداً، يعيشون بصعوبة خاصة في ظروف صحية سيئة كما أنهم لا يتمتعون بأي تأمين وفي أغلب الأوقات يجعلون كل شيء مع البرامج التي تغطيهم من هذه الناحية. وفي مسح أجري حول عمال المزارع المهاجرين في كاليفورنيا، كانت الأغلبية منهم من الشباب المتسككين المبتروز والحاصل على نسبة منخفضة من التعليم، وبأن وانما أن المجموعة مصابة بعمليات مرتفعة من مرض الربو، والسمنة والأمراض القلبية والسكري. وكان حوالي 20% من هؤلاء الرجال يعيشون تحت خط مرتفع نظراً لانخفاض نسبة الكولسترول فيهم، أو ارتفاع ضغط الدم أو السمنة، كما أن العديد منهم كان يعاني من سوء التغذية. وبلغت نسبة من لم يتبع منهم أبداً إلى أي طبيب حوالي 30%، وأكثر من النصف لم ير أي طبيب أسنان، وكان 75% منهم لا يخضع لأي تأمين صحي و7% فقط يتمتعون بتغطية من قبل برامج تأمينهم للدخل المنخفضة تقول من قبل الحكومة. هذا بالإضافة إلى أن 20% منهم كان قد تعرض للإصابة أثناء العمل مما يحوله الحق في الحصول على التعويضات العمالية، إلا أن 30% من إجمالي عدد العمال كان لديهم معلومات لا تكاد تذكر حول تلك البرامج⁽⁸⁷⁾.

إن الخطط الوطنية الخاصة بالرعاية الصحية غالباً ما تقوم بالتمييز ضد المهاجرين المؤقتين (وغالبية المهاجرين يقعون لبعض الوقت تحت هذه الفئة)، ولا سيما المهاجرين غير المؤقتين منهم وذلك بالاعتصار على توفير الرعاية الطارئة لغير المواطنين⁽⁸⁵⁾ وهذا يدفع المهاجرين إلى الانتظار حتى تصل حالاتهم إلى مرحلة خطيرة لتبرير توجههم إلى عيادات الطوارئ. وبذا فإن الكثير من المشكلات الصغيرة التي كان يمكن معالجتها في مراحلها الأولى قد تتحول إلى مشكلات خطيرة تتكلف أكثر كثيراً لمعالجتها. ولذا فإن معظم المهاجرين غير المؤقتين يحاولون في البداية حل المشكلات الصحية بمعرفتهم سواء بالتطبيق الذاتي أو بالرجوع إلى غير المهنيين داخل مجتمعاتهم⁽⁸⁶⁾. ولم تنجح الضغوط الملقاة على خدمات رعاية الحالات الطارئة وما تبع ذلك من الاستخدام غير الناجع للخدمات الصحية في أن تثني راسمي السياسات عن المحافظة على مثل هذه السياسات.

⁽⁸⁵⁾ Verbruggen, N., ed. الرعاية الصحية للمهاجرين غير المؤقتين: ألمانيا، بلجيكا، هولندا، المملكة المتحدة، بروكسل، أساس للتعاون الدولي في مجال المهاجرين غير المؤقتين (PICUM)، 2001.
⁽⁸⁶⁾ المرجع السابق، 37.
⁽⁸⁷⁾ Hanson P. المزارعون المهاجرون "يتعذبون في صمت": مجموعات كاليفورنيا، النظر إلى المشكلة والحل. النظرة الإسبانية العامة على التعليم العالي: نظرة إحصائية إثنية، 2002، 17، 28.

في بعض البلدان، نفذت التشريعات التي تدعم سبل الوصول إلى الرعاية الصحية والمعالجة على مستوى العالم، وذلك بالنسبة للأمراض المعدية. وعلى سبيل المثال، فإن القانون الجديد في ألمانيا والخاص بالأمراض المعدية يقضي بأن تخضع بعض الأمراض، مثل مرض السل، إلى التشخيص والمعالجة في مكاتب الصحة العمومية وأن يتم هذا بأسلوب عدم الكشف عن الهوية وبصورة مجانية.⁽⁸⁹⁾ أما بالنسبة لسائر المشكلات الصحية مثل الصحة النفسية حيث لا تظهر فوائدها بصورة واضحة على الجمهور العام، فنادرًا ما تتوفر الخدمات أمام المهاجرين غير المنتظمين.⁽⁹⁰⁾

"إن المبادرات الصحية التي تُوَدِّعُ بالذمة الحسنة والتصميم الجيد هي مبادرات عالمية، وحماية الصحة العمومية تتطلب وصول المجتمع بأسره إلى الخدمات الصحية. أما القبول التي تُوَدِّعُ أمام وصول المهاجرين إلى الخدمات فإنها قد تساهم بصورة جادة وخطيرة في عدم فعالية برامج مكافحة الأمراض المعدية، وهي البرامج التي تصل إلى المناطق النائية، وتقوم بالكشف عن الحالات، وتقديم الوقاية والمعالجة".⁽⁹¹⁾

لا تقتصر مشكلة الوصول إلى الخدمات على المهاجرين غير المنتظمين بل تشمل أيضا المهاجرين المنتظمين الذين قد يتم استبعادهم من الاستفادة من الخدمات العامة لأنها قاصرة على المواطنين والمقيمين بصورة دائمة. وعلى سبيل المثال، منذ إجازة القانون الخاص بالمسؤولية الشخصية وفرص العمل عام 1996، فلا يجوز أن يحصل المهاجرون المنتظمون الذين دخلوا إلى الولايات المتحدة الأمريكية على أية مساعدات طبية إلا بعد مرور خمس سنوات على إقامتهم إقامة دائمة في البلاد.⁽⁹²⁾

يقوم البرلمان الأوروبي في الوقت الحالي بالنظر في إصدار أحكام تقضي بأنه في حالة ما إذا كان هناك مواطن من مواطني دولة ثالثة يعمل بصورة شرعية وقانونية في أحد البلدان الأعضاء ويرغب في الانتقال للعمل في بلد آخر أيضا من البلدان الأعضاء، فيحق له نقل الحقوق التي اكتسبها من نظام التأشيرة الصحي. وسوف يؤدي هذا إلى سد ثغرة في القانون كما أنه يمثل خطوة ضرورية وهامة نحو تأميم معالجة عمالة مواطني البلد الثالث المقيمين في أحد البلدان الأعضاء.⁽⁹³⁾

وهناك عامل آخر قد يثني المهاجرين غير المنتظمين عن التماس الرعاية ناهيك عن التماسهم للمعالجة، وهو عامل الخوف من أن يكون مقدمي الخدمات الصحية صلات بالسلطات المعنية بالمهجرة. وفي هذه الحالة، يتكون شعور غير مستحب وغير مريح لدى من يحاول منهم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. ومثل هذه الصلات مع السلطات قد تتناقض مع التزام المهنيين الصحيين باحترام حق الخصوصية لمن يلتمسون الرعاية. إن السرية المهنية يجب أن تعزز وتحمى بواسطة القانون، وأن يتم تقديم الدعم للمهنيين الصحيين من أجل تأييد هذا المبدأ عند تعاملهم مع المهاجرين غير المنتظمين. في الممارسة العملية، يتردد العاملون الصحيون في أغلب الأوقات في الكشف عن أية تفاصيل طبية، وعلى النقيض يكون لديهم الاستعداد للبحث بأسماء من يعالجونهم. ولذا كان من الأهمية التأكيد على أن السرية بين الطبيب والمريض هي مبدأ واضح ورئيسي.⁽⁸⁸⁾

إذا ما أخذت الأمور من منظور حقوق الإنسان، يصبح من واجب الحكومات أن تقوم بتشجيع استقلالية المهنيين الصحيين، حيث إن ولائهم يجب أن يكون في المقام الأول لدعم الصحة كحق من حقوق الإنسان. وقد يكون تثقيف العاملين الصحيين حول حقوق الإنسان بالنسبة للمهاجرين غير المنتظمين، وسيلة مفيدة لمواجهة بعض مشكلات القطاع الصحي. كما يتعين بذل الجهود لضمان تعزيز السياسة العامة والقوانين لسبل وصول الجميع إلى الرعاية الصحية الأساسية الوقائية والعلاجية، والفصل تماما بين هذا وبين تطبيق وتنفيذ قوانين المهجرة.

مع بزوغ العولمة وما تبعها من ارتفاع في معدلات الهجرة الدولية، "هناك اعتقاد متزايد ونفهم للمقولة التي تقول إن ما يذهب بعيدا، يعود مرة أخرى.. إن القرية العالمية هي أكثر من مجرد كونها سوقا عالمية - فهي لا تحوي سوى صحة عمومية عالمية واحدة. ومرض السل يقدم لنا مثلا فعلا لدى أهمية تقديم الرعاية الصحية للمهاجرين. فإن عدد حالات السل لم ينخفض لسنوات عديدة في كل من أستراليا، وهونج كونج (الصين)، وماليزيا وسنغافورة، بسبب وقوحات السل بين المهاجرين الجدد".

برنامج الأمم المتحدة لمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والمنظمة الدولية للهجرة "الحق في التمتع بالصحة" (2001)، 18.

⁽⁸⁸⁾نظر المرجع تحت الحاشية رقم 85، 90.

⁽⁸⁹⁾المرجع السابق، 38.

⁽⁹⁰⁾المرجع السابق، 43.

⁽⁹¹⁾اللجنة المعنية بالخدمات الصحية للمجتمع. الرعاية الصحية لأطفال عائلات المهاجرين. طب الأطفال، 1997، 100(1): 156-153.

⁽⁹²⁾قانون المسؤولية الشخصية واسترضاء فرص العمل الصادر عام 1996 (P.L. 104-193).

ولقد تم تعديل القانون عام 2002، على أن الحظر لمدة خمس سنوات لا يزال ساريا. انظر:

المساعدة المؤقتة لمن يحتاجها من العائلات: تعليمات البرنامج. واشنطن، الولايات المتحدة، قسم الخدمات الصحية والإنسانية، الإدارة المعنية بالأطفال والعائلات، مكتب المساعدات العائلية، 2003.

<http://www.acf.dhhs.gov/programs/ofa/pi2003-3.htm>, accessed 16/03/2004

⁽⁹³⁾اللجنة المعنية بالتوظيف والشؤون الاجتماعية.

تقرير حول اقتراح لمجلس التشريع حول إصدار أحكام خاصة بالتنظيمات والنشريات (EEC)

رقم 71/1408 لمواطني البلدان الثالثة الذين لم تشملهم بعد هذه الأحكام إلا بسبب جنسيتهم فقط.

COM(2002) 59 E C5-0084/2002 E 2002/0039(CNS)

بروكسل، البرلمان الأوروبي 2002/0369-A5

<http://www.december18.net/instrumentsregionEUOomen-Ruijten.pdf>, accessed 25/03/2004

◀ إمكانية الوصول إلى الخدمات بالنسبة لتحمل تكلفتها

يتطلب تحقيق الحق في التمتع بالصحة أن تكون المرافق الصحية والبضائع والخدمات ذات تكلفة يمكن تحملها. فما يتم دفعه لتلقي خدمات الرعاية الصحية، والخدمات ذات العلاقة بالمحددات الرئيسية للصحة، يجب أن يقوم على أساس مبدأ المساواة والعدالة، مع ضمان توافر هذه الخدمات بتكلفة يمكن تحملها من قبل الجميع، سواء ما كان منها خاصاً أو عاماً⁽⁹⁴⁾، إن عدم توشي العدالة في الاعتراف بهذا الحق وحمائته بالقانون يضع عوائق رئيسية أمام الوصول إلى الخدمات الصحية التي تقدم بتكلفة معقولة.⁽⁹⁵⁾

⁽⁹⁴⁾انظر المرجع تحت الحاشية رقم 17، الفقرة 12(b).

⁽⁹⁵⁾الآثار المترتبة على سياسة الاستبعاد العنصري والاقتصادي. جنيف، المجلس الدولي لسياسة الحقوق الإنسانية، 2001، 6-9.

⁽⁹⁶⁾Guasaco C، Heuer LJ، Lausch C. توفير الرعاية الصحية والتثقيف لعمال المزارع المهاجرين في المراكز التي يتولى إدارتها العاملون في مجال التمريض. المنظور الخاص بتثقيف هيئات التمريض، 2002، 171-166: (4)23.

⁽⁹⁷⁾انشرة قصيرة: فيروس العوز المناعي البشري والإيدز في أماكن العمل - أهمية القائمين بالأعمال. سان فرانسيسكو، العمل من أجل المسؤولية الاجتماعية، 2003. (<http://www.bsr.org/BSRResources/IssueBriefDetail.cfm?DocumentID=49032>، accessed 25/03/2004)

⁽⁹⁸⁾المبادرة الصحية الدولية (GHI). جنيف، المنبر الاقتصادي العالمي، 2003. (<http://www.weforum.org/site/homepublic.nsf/Content/Global+Health+Initiative>، accessed 25/03/2004)

⁽⁹⁹⁾المبادرة الصحية الدولية، مثال لحالة مداخل من قبل القطاع الخاص: الكشف عن حالات السل النشط، مع 88% من الحالات التي تم شفاؤها أو استكملت المعالجة بتكلفة بلغت أقل من 85 دولاراً سنوياً لكل موظف. جنيف، المنبر الاقتصادي العالمي، 2002.

(http://www.weforum.org/pdf/Initiatives/GHI_TB_CaseStudy_AngloGold.pdf، accessed 25/03/2004)

⁽¹⁰⁰⁾المرجع السابق.

⁽¹⁰¹⁾انظر المرجع تحت الحاشية رقم 17، الفقرة 12(b).

⁽¹⁰²⁾انظر المرجع تحت الحاشية رقم 17، الفقرة 18.

أنجلوجولد، شركة دولية كبيرة لمناجم الذهب، تعمل أغلب القوى البشرية التابعة لها في جنوب أفريقيا. وفي إطار ما تقوم به من جهود لمواجهة العدد المتزايد لحالات السل بين العاملين بها في جنوب أفريقيا، قامت بإنشاء برنامج لمكافحة السل "من أجل مواجهة المعلنات المرتفعة للمرض وعصب، التكلفة المرتبط بالسل، مما وندج الشركة فوق المنافسة على الصعيد الدولي من حيث اهتمامها بما يفيد العاملين بها وعائلاتهم، وأصحاب القرار فيها وجنوب أفريقيا"⁽⁹⁹⁾. أما عماد سياسة هذه الشركة فهو تأميه التغطية المقدمة للعاملين بها وبهذا "يمكن للعاملين التمتع بحرية اللجوء مجاناً إلى المرافق الصحية التابعة للمنجم، إضافة إلى حق زوجة واحدة يتم تسجيلها هي وأطفالها في الكشف المجاني لمرض السل والمعالجة منه"⁽¹⁰⁰⁾.

المبادرة الصحية العالمية: مثال لحالة مداخل من قبل القطاع الخاص - برنامج شركة أنجلوجولد لمكافحة السل.



©IOM/Alyanak 1995

◀ الوصمة والتمييز

إن التمييز سواء ما كان منه واضحاً أو ضمنياً ينتهك أحد المبادئ الأساسية لقانون حقوق الإنسان ودائماً ما يكون مرتبطاً بالأوضاع الصحية المتردية. أما الحق في التمتع بالصحة فهو يلزم الحكومات بتأمين "سهولة الوصول إلى المرافق الصحية، والبضائع والخدمات إلى الجميع ولاسيما إلى القطاعات المعرضة للخطر والمجموعات المهمشة من السكان، تحت حماية القانون، وبدون أي تمييز على أي من الخلفيات التي يجرم الاقتراب منها."⁽¹⁰¹⁾ وفي إطار الصحة فإن هذه الخلفيات تعني "العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الديانة أو الرأي السياسي أو سائر الآراء الأخرى، المنشأ الوطني أو الاجتماعي، الملكية، المولد، العجز البدني أو العقلي، والحالة الصحية (وتشمل الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري)، والتوجه الجنسي، والحالة المدنية أو السياسية أو الاجتماعية."⁽¹⁰²⁾

في أغلب الأوقات، يعاني العمال المهاجرون من عدم قدرتهم على الحصول على التاميم الصحي. فإضافة إلى الأوضاع غير المأمونة للعمل والعيشة التي يخضعون لها، فإن المهاجرين كثيراً ما يعرفون عن التماس المعالجة الطبية بسبب ما تتطلبه من تكلفة، وعدم القدرة على التغلب على العمل، وعدم توافره يوم، بالإضافة بالأطفال ناهيك عن مشكلات التنقلات. كما أن الكثيرين منهم ليسوا على دراية بالنظم المحلية للرعاية الصحية وقد يجدون صعوبة من الناحية اللغوية أو الثقافية في التعمير مع مشكلاتهم. وعلى الرغم من قيام حكومة الولايات المتحدة بإنشاء عدد من البرامج التي تقدم التاميم الطبي للأطفال بغض النظر عن وندج والديهم بالنسبة للعجدة، إلا أن الانتقالات المستمرة للعديد من هؤلاء الأهل تجعل من الصعب الاستفادة منها، وأحياناً يكون السبب هو ما يعانونه من قلق ناجم عن وندجهم بالنسبة للعجدة، أو بسبب مشكلات بدنية تمنعهم من الوصول إلى الرعاية الصحية.⁽⁹⁶⁾

ومما يشجع على التفاؤل أن هنالك عدداً من المبادرات الإيجابية تقوم بما بعض الشركات عبر الوطنية لتأمين الوصول إلى الرعاية الصحية بتكلفة محتمة إلى العمال المهاجرين وإلى عائلاتهم. وقد تفهمت بعض هذه الشركات التهديد الواقع على الإنتاجية الذي تفرضه الصحة الضعيفة ولاسيما فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري والإيدز ومرض السل. فعلى سبيل المثال، في أجزاء من أفريقيا الجنوبية، أدت الاعتلالات الصحية والوفيات الناجمة عن مرض الإيدز إلى انخفاض القوى العاملة بنسبة 20%.⁽⁹⁷⁾ ولذا فإن العديد من الشركات تتعاون مع الحكومات والمجتمع المدني من أجل معالجة أمراض مثل العدوى بفيروس العوز المناعي البشري والإيدز.⁽⁹⁸⁾ وقد تصدرت صناعة المناجم في جنوب أفريقيا الصدارة في هذا المجال.

◀ التمييز على أساس الجنس أو النوع

بسبب ما يعانونه من تميش مضاعف ناجم عن كونهن نساء إضافة إلى كونهن مهاجرات، فإن العاملات المهاجرات قد يجدن أنفسهن بسهولة عرضة لخطر التعرض للعنف أو الإساءة سواء في المنزل أو في مكان العمل.⁽¹⁰⁹⁾



©IOM/Motus 1997

وقد ألقى المقرر الخاص للأمم المتحدة المعني بحقوق الإنسان للمهاجرين، الضوء على المشكلات التي تواجه النساء العاملات المهاجرات، ولاسيما العاملات في المنازل، ومن هذه المشكلات "التحفظ على الرواتب، والتعرض للعنف البدني والجنسي، وسوء التغذية، واحتجاز جواز السفر".⁽¹¹⁰⁾ وقد أبلغت المنظمة الدولية للهجرة أن أعدادا كبيرة من النساء الأثيوبيات يتوفين أثناء عملهن في البلدان العربية، وأن من يعدن منهن إلى مواطنهن غالبا ما يعانين من كسور بالأطراف أو الظهر، وحروق بمواد حمضية وغيرها من مظاهر الإساءة البدنية.⁽¹¹¹⁾

في عام 1998، أجرت الإمارات العربية المتحدة تحريا لكافة السكان، ثم قامت بترحيل جميع العمال المهاجرين الذين أثبتت الفحوصات إيجابيتهم لفيروس العوز المناعي البشري ومرض الإيدز.⁽¹⁰³⁾ ومثل هذه الممارسات التي أجريت إحداها في الإمارات العربية تشجع بسهولة على عدم لجوء المهاجرين إلى المرافق الصحية خوفا من الترحيل.⁽¹⁰⁴⁾ بل أنها في واقع الأمر تقف حائلا أمام أهداف الصحة العمومية لهذا هذا التحري. وفي بعض الحالات، قد يثار الاهتمام بمدى الحق في الخصوصية بالإضافة إلى أنه من المنظور الصحي، قد ثبت، بصورة خاصة، عدم فعاليتها في حماية الصحة العمومية.

إن الفشل في تنفيذ القانون لصالح المساواة والعدالة بسبب الوصمة أو التمييز يمثل عائقا هاما أمام المعالجة العادلة. وتشمل المسؤولية الحكومية لعدم التمييز، تأمين الحماية العادلة والفرص بقوة القانون، وتأمين التمتع الواقعي بالحقوق مثل الحق في الصحة العمومية والرعاية الطبية والتأمين الاجتماعي والموارد الاجتماعية.⁽¹⁰⁵⁾

أما الوصمة فهي المواقف التي تتخذ بصدد مجموعة ما، بصورة أو بأخرى، على أنها مجموعة على درجة أدنى من غيرها وغالبا ما يتم هذا بالنظر إلى مكانها وسط مجموعات محيطة بها. وعلى سبيل المثال، بينما تحمل المجموعات المسيطرة التهميش المنتظم الواقع على مجموعة ما، فإنها تبرر هذا السلوك بأن هذه المجموعة لم تعمل على اكتساب المعاملة العادلة وبالتالي يقومون بوصمها. والوصمة تتناقض مع التمييز حيث أنها تتعلق بالناحية النظرية أي المنظور، أما التمييز فهو ممارسة عملية. على أن كلا منهما متأصل في الآخر، فالوصمة تسمح أو تعزز من نتائج التمييز. كما أن هنالك بيانات على أن في الحالات التي تنخفض فيها درجة التمييز بصورة فعالة، تنجح الوصمة إلى الانخفاض أو تكون أقل وضوحا.⁽¹⁰⁶⁾

على الرغم من كونهم من المجموعات الأكثر احتياجا للحماية الاجتماعية، وحتى بوصفهم مواطنين في البلد المضيف، فإن المجتمعات الأثنية في أوروبا الشرقية والذي دائما ما يشار إليهم على أنهم "الرحالة" لتوجههم الدائم للهجرة داخل البلاد وفيما بينهم، لا تستطيع، من الناحية العملية حتى الآن، أن تصل إلى الخدمات الصحية وغيرها من الخدمات الاجتماعية.⁽¹⁰⁷⁾ ويصعب تعديل هذا الوضع حيث أن المجتمعات الأثنية تميل إلى الاستجابة للتمييز بتبنيها لتوقعات المجتمع الأكبر حولها. وعندما تتحول أي مجموعة إلى الانعزال داخل نفسها، تفقد وجودها على الساحة السياسية وبالتالي تكون من المجموعات المعزولة للخطر.⁽¹⁰⁸⁾

⁽¹⁰³⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 73، 10.

⁽¹⁰⁴⁾ المرجع السابق.

⁽¹⁰⁵⁾ المؤتمر العالمي ضد العنصرية والتمييز العنصري، والخوف من الأجانب والأمور المتعلقة بعدم التحمل: الصحة والتحرر من التمييز. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2001، (WHO/SDE/HDE/01.2).

⁽¹⁰⁶⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 95، 5-8.

⁽¹⁰⁷⁾ المرجع السابق، 8.

⁽¹⁰⁸⁾ قد يفشل أيضا في تقبل التغيرات التي تجرى في المجتمع الأكبر مما يؤدي إلى زيادة تعرضهم للخطر من الناحية الاقتصادية ونظرا لاعتمادهم التقليدي على العيش بصورة منفصلة، معتمدين اقتصاديا على التجارة مع المجتمعات المحلية، فإن الأرمن في رومانيا، والمجر، وبلغاريا، والجمهورية التشيكية كانوا مشتبين في الفترة الشيوعية بسبب السياسات التي كانت تقتضي منهم العيش في أماكن سكنية دائمة والعمل في المصانع. ومع اختار الشيوعية، فقد معظمهم أو ترك عمله في المصانع ووجدوا أن العودة إلى إحياء أسواقهم القديمة مستحيلة." المرجع السابق، 16.

⁽¹⁰⁹⁾ Rodriguez Pizarro G. تقرير المقرر الخاص للحقوق الإنسانية للمهاجرين، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، لجنة الحقوق الإنسانية، 4/ E/CN.4/2000/82، الفقرة 56.

⁽¹¹⁰⁾ المرجع السابق، الفقرة 63.

⁽¹¹¹⁾ أثيوبيا: مقابلات مع ضحايا تجارة الهجرة. البشارة الإخبارية للمنظمة الدولية للهجرة، جنيف، المنظمة الدولية للهجرة، حزيران/ يونيو 2001.

(112) عقد عمل خاص لغير الأردنيين العاملين في مجال الأعمال المتولية: فرصة للبحث على حماية المجموعات المعرضة للخطر من النساء العاملات، 2003/01/21. عمان، الأردن، صندوق الأمم المتحدة للتنمية الموجه للمرأة/المكتب الإقليمي للبلدان العربية. (نشرة إعلامية: http://www.unifem.org.jo/press_releases.htm, accessed 25/03/2004)

(113) الاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (ICESCR) (اعتمدت في 1966/12/16 ونفذت في 1976/01/03)، البند 7.

(114) Carballo M, Siem H. الهجرة وسياسة الهجرة والإيدز. في: Haour R, Knipe M, Rector R, eds. عبر الحدود: الهجرة العربية والإيدز. بريستول، Taylor & Francis, 1996، 35-36. انظر أيضا الحاشية رقم 16، 55.

(115) Bollini P, Siem H. لا تقدم يذكر نحو العدالة والمساواة: صحة

قامت وزارة العمل في المملكة الأردنية باعتماد عقد عمل خاص للعاملين في الأعمال المتولية مع غير الأردنيين. ويعد هذا العقد الأول من نوعه في المملكة الأردنية ومنه المنتظر أن يكون مثالا يحتذى به سائر البلدان في الإقليم العربي. ويعمل العقد على زيادة التعاون بين البلدان التي يأتي منها العمال ويصعبها البلد الذي يستقبل الأعداد المتزايدة من العمال المهاجرين من آسيا، كما أنه يضمن حقوق العمال المهاجرين الخاصة بالتأميم على الحياة والرعاية الصحية وأيام الراحة، والترحيل فور انتهاء مدة العقد، بالإضافة إلى تعزيز حقوق النساء في معاملة تسيير وفق المعايير الدولية لحقوق الإنسان. وقد جاءت هذه المبادرة نتيجة لارتفاع أعداد العمالة المهاجرة للأعمال المتولية في الإقليم العربي. وقد زاد اندماج الحماية القانونية لهؤلاء العمال من أعمال العنف التي يتعرضون لها وانخفض الدعم الذي يمكنهم الحصول عليه في البلدان المضيفة.⁽¹¹²⁾

الميكنة الحديثة والمواقف المختلفة لانتهاج السبل الآمنة، لتزيد جميعها من المخاطر الصحية المتعلقة بالعمل⁽¹¹⁴⁾. وبصفة عامة، فإن معدلات الحوادث المهنية بين العاملين المهاجرين تصل إلى ضعف ما يتعرض له العاملون من السكان الأصليين في أوروبا⁽¹¹⁵⁾، ولا يوجد ما ينفي الاعتقاد بأن الوضع لا يختلف كثيرا في سائر أنحاء العالم.

وغالبا ما يتعامل أصحاب الأعمال مع المهاجرين على أنهم يعملون لفترة مؤقتة لا تستحق أن تهدر فيها الموارد من أجل التدريب، كما أن مشكلات التواصل كثيرا ما تقف عائقا أمام تنفيذ أو حتى دراسة هذه الإمكانيات. والعمال المهاجرون وعلى وجه الخصوص المهاجرون غير المنتظمين منهم يقبلون ظروف العمل هذه في أغلب الأوقات خوفا من توجيه الأنظار إليهم وفقدان عملهم أو ترحيلهم. كما أن اندماج الألفة مع البلد نفسه، واختلاف الثقافة واللغة إنما تعني أن العمال المهاجرين ليسوا على دراية بما لهم من حقوق.

◀ الحق في الغذاء⁽¹¹⁶⁾ والسكن⁽¹¹⁷⁾ بصورة مناسبة

في داخل أي مجموعات سكانية هنالك دائما مجموعة فرعية تتعرض إلى مخاطر أكثر من غيرها. ويقدر أن عدد العمال الزراعيين المهاجرين الذين يعملون في كندا هو 13 ألف مهاجر، يعمل 10 آلاف منهم في أونتاريو. وبالنسبة لمعظم العاملين في أونتاريو من جامبيتا والمكسيك ويقضون سبعة أشهر كاملة في قطف الفواكه وغيرها من الأعمال الزراعية. أما الإصابات الناجمة عن التعرض لبيدات الغوام فهي واضحة في العاملين بالحقول، وتتراوح بين معاناة من تورم العينين إلى قرحات الفم. ومثلهم مثل غيرهم من عمال الزراعة، فإن المهاجرين لا يتمتعون بأي تغطية من أي من الأنماط العديدة الموجودة لحمايتهم، باستثناء التعويض أو المكافآت الخاصة بالعمال.⁽¹¹⁸⁾

إن الحصول على الغذاء والتغذية المناسبين إنما يرتبط بصورة وثيقة بالمقدرة الاقتصادية للناس، وفي حالة المهاجرين، يمثل هذا عددا من التحديات المعقدة وغير المترابطة. فإضافة إلى التغيرات الجذرية في عاداتهم الغذائية والتي يتعين عليهم القيام بها من أجل تتقلهم على الحدود، فإن الطبيعة الاقتصادية للهجرة تعني أنهم قد لا يملكون سوى القليل للإتفاق على الطعام، وحتى لو كان الوضع غير ذلك، فإن تضارب الثقافات الذي يدخل ضمن تقبلهم للمكونات الغذائية والعادات الجديدة قد يكون عاملا خطيرا وجادا.⁽¹¹⁹⁾



©OM/Classet 1997

◀ الحق في العمل تحت ظروف صحية وأمنة⁽¹¹³⁾

هنالك خطر كبير يتمثل في وضع المهاجرين في أماكن عالية الخطورة، وأعمال منخفضة الرواتب مع الإشراف الضعيف، ولاسيما المهاجرين من ذوي المهارات المنخفضة أو الأوضاع غير المنتظمة. وهم يتقبلون بصورة نمطية أعمالا يرفضها العاملون المحليون، غالبا ما تتعلق بأعمال المناجم أو البناء، أو الصناعات الثقيلة، أو الأعمال الزراعية التي تعرضهم لطيف من مخاطر الصحة المهنية ومنها العوامل المسببة، وساعات العمل الطويلة وحماية لا تذكر من ناحية الملابس أو المعدات. وتأتي العوائق اللغوية والتواصل الضعيف وانخفاض الألفة مع

المهاجرين والقلة الإثنية في مستهل عام 2000. العلوم الاجتماعية والطب، 1995، 819-828، (6)، 41.

(116) ICESCR، البند 11.
(117) ICESCR، البند 11.

(118) نشرة إعلامية: المخاطر المهنية الناجمة عن مبيدات الغوام، تورنتو، الصندوق الخاص بالحياة البرية في كندا، 2000. <http://www.wwf.ca/satellite/prip/factsheets/occupational-risks.html>, accessed 25/03/2004

(119) انظر المرجع تحت الحاشية رقم 16، 59.

(120) المرجع السابق، 33.

(121) انظر المرجع تحت
الحاشية رقم 73، 8.

(122) انظر المرجع تحت
الحاشية رقم 81.

Girdler-Brown⁽¹²³⁾
B. شرق وجنوب أفريقيا.
الهجرة الدولية، 1998،
551-513:36.

Schooks M⁽¹²⁴⁾
كل ما يلزم: كيف اشتعل
فيروس العوز المناعي البشري
في جنوب أفريقيا - القسم
الأول: الجنس والعمال
المهاجرون. صوت القرية،
1999/05/04-04/28.

(125) المرجع السابق، مأخوذ
من Lurie M. الهجرة
والإيدز في جنوب أفريقيا:
تحدي الافتراضات الشائعة.
النشرة الإخبارية الصادرة
عن A&M، تشرين الأول/
أكتوبر 2002، 1:4-12.
(http://www.
aidsmobility.
org/lurie.html,
accessed 23/03/
2004)

(126) أمثال لحالة مداخلة من
قبل القطاع الخاص معنية
بتنفيذ مبادرة للصحة في
العالم: إعداد برنامج مضمون
الاستثمار لمكافحة فيروس
العوز المناعي البشري والإيدز
من خلال المشاركة القوية
للمجتمع، جنيف، المبر

الحق في حياة عائلية

"فلننذكر من البداية أن المهاجرين ليسوا مجرد وحدات للعمل. فهم أناس لهم مشاعر إنسانية، وعوائل وقيل هذا كله لهم حقوق إنسانية لا بد وأن نناك القسط الوافر في المناقشات والسياسات التي تدور حول الهجرة. ومنه يبع هذه الحقوق. الحق في حياة عائلية متحدة، وفي الواقع فإن العائلات التي أتت شملها تمثل أكبر نسبة في ما تم من هجرة في أمريكا الشمالية وأوروبا".⁽¹²²⁾

أبلغت الدراسات التي أجريت على العمال المهاجرين في مناطق مختلفة من أفريقيا عن وجود توليفة من السكن الفقير وظروف العمل الخطرة وتمزق اجتماعي جاد وخطير. وقد أشارت هذه الدراسات إلى المعاقرة المزمنة للكحوليات وأنماط من السلوك الجنسي التي تساعد على الانتشار السريع للعدوى المنقولة جنسيا ومنها فيروس العوز المناعي البشري والإيدز⁽¹²³⁾، وجميعها ناجمة عن الابتعاد عن زواجهم.⁽¹²⁴⁾ وقد توصلت إحدى الدراسات إلى أن نسبة احتمال تعرض العاملين المهاجرين وقرنائهم للإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري تزداد إلى الضعف مقارنة بالأزواج من غير المهاجرين.⁽¹²⁵⁾

واستجابة إلى النتائج الصحية السلبية التي تنجم عن عزل العمال المهاجرين، واعترافا بالحق في الحياة العائلية، يقوم العديد من الشركات في الوقت الحالي بتعديل سياساتها لتسمح بلم شمل العائلات في محاولة منها للحد من إنتاجية العاملين بها.

في الشركة المتحدة كاهاما للمناجم في تانزانيا، وهي فرع لشركة باريك جولد، أدخلت مبادرات للتعامل مع كل ما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري ومرض الإيدز وذلك في مكان العمل. وإدراكا منها بأهمية تواجدهم العائلة مع العمال المهاجرين "ركزت برامج الوقاية في أماكن العمل على دعم السكن المحلي ذي التكلفة المعقولة للعاملين في المناجم ومحاولة تأمينهم". وفي شركة كاهاما، شمل هذا "إعداد مخطط ملكية السكن مع أجل العاملية بالمناجم للسماح لهم بالعيش بالقرب من أماكن عملهم. ومنه الغايات التي تهدف إليها هذه البرامج خفض السلوكيات الجنسية الخطرة التي تنجم عن الانفصال والابتعاد عن العائلة".

المثير الاقتصادي العالمي، المبادرة العالمية للصحة: مثال لحالة مداخلة من قبل القطاع الخاص: إعداد برنامج مضمون الاستثمار لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري والإيدز مع أجل العاملية من خلال المشاركة القوية للمجتمع.⁽¹²⁶⁾

يعد السكن بمثابة المؤشر لنوعية الحياة التي يجيهاها الناس، وفي حالة المهاجرين، ولاسيما المهاجرين غير المنتظمين، يمثل السكن مشكلة كبيرة. فلا يقتصر الأمر على وصول معظمهم وليس معه سوى النذر اليسير من النقود بل في العديد من الحالات تكون أوضاعهم من الناحية الرسمية مؤقتة لا تسمح لهم بالاستثمار في نوعية جيدة من السكن، حتى لو كانوا يملكون المال الكافي لذلك. وغالبا ما تزيد العوائق الاجتماعية من هذه الأوضاع بتخصيص بعض المناطق في المدن لسكن المهاجرين فقط.

لقد ركزت العديد من الدراسات على مدى تكرار اضطراب المهاجرين الجدد إلى التمرکز في المناطق الفقيرة من المدن وفي الأماكن السكنية دون المستوى حيث يكون العرف فيها هو التكدس الشديد والإصحاح غير المناسب.⁽¹²⁰⁾ وفي المناطق التي نشأت بعد قيام الصناعات مثل هولندا والنمسا وفرنسا وإيطاليا وألمانيا، أصبحت هذه المناطق مصدرا محتملا للوفيات بين المهاجرين من كافة الأعمار، شاملة الحوادث التي تصيب الطفولة.⁽¹²¹⁾



©WHO/Vivot

الاقتصادي العالمي، 2002.
(http://www.
weforum.org/pdf/
Initiatives/GHI_
HIV_CaseStudy_
BarrickGold_
pdf, accessed
25/03/2004)

زاد اتجاه العديد من الشركات التي لها أفرع في أكثر من بلد إلى تقديم خدمات صحية أو إنشاء مرافق خاصة بالعملية فيها وأقربائهم. وشركة أنجلو أمريكان هي شركة كبيرة لأعمال المناجم تعمل بصورة كبيرة في كل من أفريقيا وآسيا وأمريكا الجنوبية والشمالية وأستراليا، وبها عدد لا يستهان به من المعاجير. وقد قامت هذه الشركة في التسعينيات بإنشاء برنامج شامل لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري والإيدز من أجل العملية فيها يقوم بتقديم الوقاية والمعالجة على حد سواء، وتشمل خدماته توزيع العازل الذكري، ومعالجة الأمراض المنقولة جنسياً والتوعية والفحص الطوعي. وقد أوضحت البحوث التي أجريت في العديد من الشركات أن هذا الأسلوب قد نجح في رفع معدلات الوعي بمرض الإيدز، وزاد الطلب على العوازل الذكورية، وخفض من وقوحات الأمراض المنقولة جنسياً. وفي آب/أغسطس 2002، أعلنت الشركة عن خططها في تقديم المعالجة بالفيروسات التيفية للعملية بها المعايير لفيروس العوز المناعي البشري والإيدز.

التحالف العالمي لرجال الأعمال المعني بفيروس العوز المناعي البشري والإيدز: برنامج شركة أنجلو أمريكان الذي يطبق في مكان العمل.⁽¹²⁹⁾



©IOM/Lowenstein-Lom 1999

◀ الخدمات الصحية ذات النوعية الجيدة والتي يراعى فيها الخلفية الثقافية للمهاجرين

من العوامل الجوهرية للحق في التمتع بالصحة أن تكون جميع المرافق الصحية والبضائع والخدمات مناسبة من الناحية الثقافية.⁽¹³⁰⁾ وعلى النقيض فإن خدمات الرعاية الصحية التي تراعي الجانب الثقافي عادة ما تكون محدودة وتحتاج إلى الموارد والعقلية التي يمكن بها تقديم الدعم للمهاجرين والتعاون معهم. وفي الحقيقة، لم تتخذ سوى خطوات معدودة من أجل تقديم خدمات تتفق مع احتياجات المهاجرين⁽¹³¹⁾، بل كثيراً ما تؤدي هذه الخدمات إلى الخطأ في التشخيص والمعالجة بالإضافة إلى عدم الالتزام من قبل المرضى.⁽¹³²⁾

إن الصدمة الثقافية التي كثيراً ما تصاحب الاتصال الأولي مع أي نظام اجتماعي ثقافي جديد يمكنه أن تتركب عليها صدمة نفسية أكبر من مجرد رفض اللجوء إلى الخدمات الصحية والاجتماعية المحلية. فعملية الإدماج الاجتماعي ثم التعرف على ثقافة البلد وتقبلها عملية معقدة تشمل تحولا وانتقلا في المفاهيم اللغوية والاجتماعية والثقافية وقد نجد المعاجير من كل العوامل التي كانت أساساً لنهوض هويتهم.⁽¹³³⁾

أما نوعية الخدمات المقدمة فهي على درجة من الأهمية حيث توضح كيف تتم معالجة المهاجرين عند التماسهم للرعاية الصحية. وقد كانت هناك تقارير من قبل المهنيين الصحيين تعترف بالمستويات المنخفضة للرعاية والمعالجة في الحالات التي لم يتوضح فيها مسبقا الموقف من التأمين الصحي. وعلى سبيل المثال، كانت معالجة أي كسر يتم باستخدام الضمادة اللاصقة (البلاستر) بدلا من القيام بتثبيت العظم المكسور جراحيا.⁽¹³⁴⁾

◀ إمكانية وصول الشخص بنفسه إلى الخدمات الصحية

إن الحق في التمتع بالصحة يتطلب أن تكون المرافق الصحية والبضائع والخدمات "سهلة الوصول الآمن لها من قبل كافة قطاعات السكان ولاسيما المجموعات المعرضة للخطر والمجموعات المهمشة"⁽¹²⁷⁾، على أن مكان هذه الخدمات والمسافة التي يتعين قطعها للوصول إليها ومواعيد العمل قد تمثل مشكلة بالنسبة للمهاجرين. وهناك العديد من الأسباب المختلفة وراء ذلك، فالعمال المهاجرون قد لا يسمح لهم بالاستئذان من العمل أثناء النهار للذهاب إلى مرافق الرعاية الصحية. وهم في واقع الأمر، يحتاجون في العديد من البلدان إلى العمل في أكثر من مكان لمواكبة المتطلبات الاقتصادية وبذا يصعب عليهم حتى الذهاب ليلا لتلقي الرعاية الصحية.⁽¹²⁸⁾ كما أنهم كثيراً ما يعيشون في أماكن في المدن أو أماكن زراعية لا تقدم فيها الخدمات في مرافق صحية ثابتة في مكان محدد.

⁽¹²⁷⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 17، الفقرة 12 (b).

⁽¹²⁸⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 73، 11.

⁽¹²⁹⁾ برنامج شركة أنجلو أمريكان الذي يطبق في مكان العمل. نيويورك، التحالف الدولي لرجال الأعمال المعني بفيروس العوز المناعي البشري والإيدز، 2002.

http://www.businessfightsaids.org/wpp_popup.asp?CompanyID=48, accessed 25/03/2004

⁽¹³⁰⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 17، الفقرة 12 (c).

⁽¹³¹⁾ Carballo M, Siem H. الهجرة وسياسة الهجرة والإيدز. في: Haour Knipe M, Rector eds R. عبر الحدود: الهجرة والعرقية والإيدز، بريستول، Taylor & Francis, 1996، 44.

⁽¹³²⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 73، 10.

⁽¹³³⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 131، 36.

⁽¹³⁴⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 85، 41.

الحق في البحث عن المعلومات وتلقيها وتوصيلها للآخرين⁽¹³⁵⁾

هنالك العديد من المهاجرين الذي لا يمكنهم التواصل بصورة مفهومة مع مقدمي الرعاية الصحية. ويتوافر في عدد قليل جدا من البلدان مترجمون يتم استخدامهم بصورة روتينية في مرافق الرعاية الصحية، فمثلا في السويد فإن النتائج الضائرة للحمل في المجموعات المهاجرة ثبت تأثرها بالمعتقدات الثقافية لهم⁽¹⁴²⁾ ولذا كان الارتفاع في معدلات التشخيص الخطأ والمعالجة غير الصحيحة. ويظهر هذا بصورة أكبر كثيرا في مجال الصحة النفسية حيث يكون التواصل بين المريض ومقدم الرعاية الصحية على درجة كبيرة جدا من الأهمية.

وفي النهاية، فإن من الأهمية أن يتم الحث على تعاون سلطات الصحة العمومية لتأمين التمتع بحق الحصول على المعلومات الصحية والتثقيف الصحي للمهاجرين حول كل من خدمات الرعاية الصحية والجهود المبذولة لتعزيز الصحة.

إن إمكانية الوصول إلى المعلومات الصحية تشمل الحق في البحث عنها وتلقيها وتوصيلها للآخرين هي الأفكار التي تتعلق بالقضايا الصحية.⁽¹³⁶⁾ وفي حال ضمان الأحكام التشريعية الداخلية للوصول إلى المعلومات فإن نقص الوعي بين المهاجرين يحد من مقدرتهم على التماس الرعاية.



*WHO/Virot

وفي واقع الأمر، فإن نقص المعلومات حول ما هو متاح أو حول الأمور الصحية بصفة عامة هو أحد الأسباب التي كثيرا ما يتعلل بها المهاجرون لعدم استخدامهم للخدمات الصحية بصورة فعالة وفي عدم اتخاذهم أية إجراءات للوقاية من المرض.⁽¹³⁷⁾ وقد أوضحت الدراسات التي أجريت في عدد من البلدان الغربية بأوروبا ارتفاع معدلات وفيات ومرضاة الأمومة بالإضافة إلى ارتفاع معدلات وفيات الأطفال بين النساء المهاجرات بنسبة أكبر من المعدلات التي تقع بين النساء من الأغلبية العرقية في نفس البلدان.⁽¹³⁸⁾ كما تزداد بينهن نسبة الإجهاض وتنخفض بصورة عامة نسبة استخدام وسائل منع الحمل.⁽¹³⁹⁾ أما هذه الاختلافات فلها علاقة بالمستويات المنخفضة للمعلومات الخاصة بالخدمات والحقوق، مثل رعاية ما قبل الولادة أو سبل الوصول إلى وسائل منع الحمل.⁽¹⁴⁰⁾ وبصفة عامة، فقد وضح أن المهاجرين في أوروبا لا دراية لهم بالكثير من المعلومات، مع اختلاف كبير في نشأة كل منهم إضافة إلى ما يواجهونه من عوائق لغوية وضعف الخلفية الثقافية والتعليمية لعدد كبير منهم.⁽¹⁴¹⁾

⁽¹³⁵⁾ الاتفاقية الدولية حول الحقوق المدنية والسياسية (ICCPR) (اعتمدت في 1966/12/16 ونفذت في 1976/03/23).

⁽¹³⁶⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 17، الفقرة 12(b).

⁽¹³⁷⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 73، 11.

⁽¹³⁸⁾ Ackerhans M، Staugard F، eds

القضايا الصحية للأقلية من النساء اللاتي يعشن في أوروبا، تقرير صادر عن اجتماع جوتنبرغ، السويد، 11-12/11/1999. بروكسل، اللجنة الأوروبية، 2000.

⁽¹³⁹⁾ المرجع السابق.

⁽¹⁴⁰⁾ المرجع السابق.

⁽¹⁴¹⁾ المرجع السابق.

⁽¹⁴²⁾ المرجع السابق.



©IOM/Lowenstein-Lom 1999

الموجز

"...ينبغي أن تكون الإجابة هي تدبير الهجرة بصورة شديدة ومبتدئة تعود بالفائدة على الجميع ويتعاون فيها الجميع. وهذا هو الأسلوب الأوفر الذي يمكنه تأمين الاهتمام بمصالح كل من المهاجرين والبلدان المضيفة وحماية حقوقهم."⁽¹⁴³⁾

"تماماً مثلما أدى خفض القيود أمام البضائع التجارية إلى زيادة ثراء العالم خلال النصف الثاني من القرن العشرين، يمكن أيضاً لخفض القيود التي تحد من حركة الناس أن يؤدي إلى دفعة أكثر قوة بيه الناس في النصف الأول من القرن الواحد والعشرين."⁽¹⁴⁵⁾

يقال إن الفوائد الاقتصادية المحتملة لعالم تتحرر فيه أساليب الهجرة أكبر بكثير من الفوائد الناجمة عن إزالة العوائق التجارية.⁽¹⁴⁶⁾ وهو قول صادق ولاسيما عندما يتعلق الأمر بتشجيع الشعوب واحتياج الاقتصاديات إلى دفعة من قبل العمالة المتنقلة التي يمكن أن تلبى الحاجة عند عدم توافر المهارات، في حالة احتياج المستشفيات إلى الأجانب من الأطباء والعاملين بالتمريض مثلاً. وعلى الرغم من الأهمية الكبرى للمجادلات الاقتصادية التي تزيد من إدراك الناخبين بأنهم قد يكسبون أكثر بانفتاحهم على الهجرة، إلا أن هذه المحادثات يجب أن تتزامن مع تحقيق الشروط الأساسية لحقوق الإنسان. إن قانون حقوق الإنسان وآلياتها وأساليبها تحتاج جميعاً إلى سياسات للهجرة تحافظ على الكرامة الإنسانية وتضمن انتهاج أساليب إنسانية عادلة. ومع تصارع البلدان حول كيفية التعامل مع الهجرة المتزايدة يصبح من الضروري اعتبار إطار العمل الخاص بحقوق الإنسان دعامة هامة بالنسبة لراسمي السياسات. وإذا ما تزامن هذا مع دعامة هامة أخرى وهي جمع الإحصاءات الجيدة أصبح في الإمكان وضع وإعداد استراتيجيات ناجحة.

نحن أبعد ما نكون عن التغيير النموذجي الذي يقضي بمعاملة المهاجرين على أنهم "مواطنون عالميون" و"أصحاب حقوق" بغض النظر عن المكان الذي ولدوا منه أو المكان الذي ينشدونه. وهذا التغيير سوف يحتاج إلى وقت، وحوار، ومعلومات دقيقة وصحيحة، وإرادة جيدة، وقبل هذا كله سوف يحتاج إلى رغبة سياسية صادقة. وهذا التقرير هو بمثابة خطوة صغيرة نحو هذا الاتجاه. ◆

يزداد اعتماد الناس الذي يعيشون في مختلف المجتمعات في العالم بعضهم على بعض. وكثيراً ما نشير إلى العالم على أنه "قرية عالمية". وبهذا المفهوم، فإن هذه القرية يمكن النظر إليها على أنها تضم مجتمعاً واحداً يجتمع في ظروف متباينة تتميز بعدم المساواة مثلها مثل تلك الظروف التي كانت تميز البلدان الصناعية في القرن التاسع عشر وتفصل بين الأغنياء والفقراء (في إنجلترا وفرنسا على سبيل المثال).⁽¹⁴⁴⁾

ومع مرور الوقت، بدأت الحكومات تدرك أو اضطرت إلى إدراك أن التمادي في عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية هو أمر لا يمكن أن يستمر. وقد بدأ التغيير مع اعترافهم بمسؤولياتهم تجاه الناس من حيث تأمين الوصول إلى التعليم، والإصحاح وتوفير الخدمات الصحية. وما لم تحدث يقظة مماثلة للحكومات الغنية بالنسبة لمسؤولياتها تجاه المجموعات السكانية الفقيرة في الجنوب، سيواصل حجم التباينات التي تفصل بينهما ازدياده. أما العالم فسوف يستمر في حالة من عدم الاستقرار ولن يكون هنالك أي نوع من المفاجآت عندما يتبين بالأدلة أن معدلات الهجرة آخذة في الارتفاع.

وتدل المسوحات الحالي على قلة التماثل في طريقة تدبير الهجرة، حتى بين المجموعات الإقليمية مثل الاتحاد الأوروبي. كما أن هنالك نقصاً في المعطيات مما يجعل من المستحيل وضع تصور متناغم للصلات التي تربط بين الهجرة والصحة وحقوق الإنسان. ولم تتمكن من القيام بأكثر من مجرد جمع الملاحظات الأولية حول درجة تعرض المهاجرين لممارسات التمييز، والكيفية التي يستخدمون بها الخدمات الصحية ومدى مشاركتهم في الاقتصاد من خلال توفير الخدمات الصحية.

⁽¹⁴³⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 81.

⁽¹⁴⁴⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 144، 1.

⁽¹⁴⁵⁾ وسيلة أفضل. الإيكونوميست، 11/02/2002، 15.

⁽¹⁴⁶⁾ مساهمة متواضعة. الإيكونوميست، 11/02/2002، 11.

المتحدة فإن النازحين داخلياً هم "أشخاص أو مجموعات من الناس أجبروا أو اضطروا إلى الهروب أو ترك منازلهم أو أماكن إقامتهم، ليتجنبوا الآثار الناجمة عن الصراعات القتالية، أو الأوضاع التي تغلب فيها صور العنف بصفة عامة، أو انتهاك حقوق الإنسان، أو الكوارث الطبيعية أو تلك التي من صنع الإنسان، مع عدم عبورهم لأية حدود دولية معروفة"⁽¹⁴⁹⁾ وعلى الرغم من أن العدد الذي تم تقديره لهم تراوح بين 20 و25 مليون شخص⁽¹⁵⁰⁾ إلا أن نقص التسجيل وتردد السلطات الوطنية في الاعتراف بهذه المشكلة يعني أن العدد قد يتعدى هذه الأرقام بمراحل كثيرة.

العمال المهاجرون وهم بصفة عامة يمثلون الفئة الغالبة بين المهاجرين. وقد قامت الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد عائلاتهم بتعريف العامل المهاجر على أنه "الشخص الذي سوف يلتحق أو التحق، أو كان قد التحق بنشاط ذي أجر مدفوع في أحد البلدان التي لا ينتمي إليها"⁽¹⁵¹⁾، وهو تعريف يماثل التعريفات التي وردت في الاتفاقيات ذات العلاقة والخاصة بمنظمة العمل الدولية.⁽¹⁵²⁾

ووفقاً لتقديرات الأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية، فإنه من بين 175 مليون شخص هم إجمالي عدد المهاجرين، هنالك 120 مليوناً من العمال المهاجرين مع عائلاتهم⁽¹⁵³⁾. واليوم، تقدر منظمة العمل الدولية أن هناك حوالي 20 مليون عامل مهاجر مع عائلاتهم في أفريقيا، و18 مليوناً في أمريكا الشمالية، و12 مليوناً في أمريكا الوسطى وأمريكا الجنوبية، و7 ملايين في جنوب وغرب آسيا، و9 ملايين في الشرق الأوسط، و30 مليوناً في أوروبا. ويوجد في أوروبا الغربية فقط ما يقرب من 9 ملايين من الأجانب يعملون بصورة نشطة من الناحية الاقتصادية يعولون 13 مليون شخص معهم.⁽¹⁵⁴⁾

اللاجيء هو ما تعرفه اتفاقية عام 1951 الخاصة بحماية اللاجئين على أنه الشخص الذي "بسبب خوف متأسل له أساس معترف به، وبسبب تعرضه للاضطهاد لأسباب خاصة بالعنصر أو الديانة أو الجنسية أو العضوية في إحدى المجموعات الاجتماعية أو السياسية، ويعيش خارج بلده الأصلي ولا يمكنه، أو لا يرغب بسبب خوفه هذا، من أن يضع نفسه تحت حماية هذا البلد"⁽¹⁵⁵⁾ إن اتفاقية 1951 الخاصة بحالة اللاجئين هي الأساس الذي بني عليه النظام الدولي لحماية اللاجئين⁽¹⁵⁶⁾. وقد جاء بروتوكول عام 1967 ليزيل القيود الجغرافية الزمنية من الاتفاقية.



©IOM/DeCesare 2002

الملحق الأول:

الفئات الرئيسية للمهاجرين

طالبوا اللجوء هم كل من هرب إلى بلد آخر وقدم طلباً مناشداً حماية الدولة بمنحه الحق في البقاء فيها بصفتها لاجئاً، ولم يتلقى أي رد نهائي على طلبه هذا. وقد قدرت أحدث المعلومات الصادرة عن مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين أن عدد اللاجئين السياسيين في العالم بلغ حوالي 1 015 000 لاجيء.⁽¹⁴⁷⁾

النازحون بسبب التنمية⁽¹⁴⁸⁾ وهم الذين يضطرون إلى الانتقال بسبب السياسات والمشاريع التي يتم تنفيذها تحت ستار "التنمية" مثل بناء السدود وشق الطرق، والمبادرات الخاصة بالتصاريح الحضرية، وأعمال المناجم والتصحر، وإنشاء حدائق المحافظة على البيئة وغيرها من المحميات وغيرها من المشاريع. وفي التسعينيات قدر عدد النازحين في العالم بسبب مشاريع التنمية الخاصة بالبنية التحتية بين 90 و100 مليون شخص.

النازحون داخلياً، مثل اللاجئين، وهم الذي يضطرون إلى الانتقال بالقوة بسبب ظروف الحرب والصراعات المدنية والاضطهاد السياسي. على أهم على نقبض اللاجئين لا يقومون بتخطي الحدود الدولية بل يمكنون داخل حدود بلادهم، وهم، فعليا، يقعون داخل دائرة المسؤولية الحكومية للبلاد. ووفقاً للمبادئ الإرشادية للأمم

(147) اللاجئين بالأرقام 2003. جنيف، مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، 2003، 4.

(http://www.unhcr.org.uk/info/briefings/statistics/documents/numb2003.pdf, accessed 23/03/2004)

(148) انظر المرجع تحت الحاشية رقم 52.

(149) المبادئ الإرشادية حول التنقلات الداخلية. تقرير ممثل الأمين العام المعين بالمفوضين داخلياً. جنيف، الأمم المتحدة، 1998 (مقتطفات من الوثيقة E/CN.4/1998/53/Add.2).

(150) انظر المرجع تحت الحاشية رقم 147، 1.

(151) الاتفاقية الدولية المعنية بحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد عائلاتهم (MWC) (اعتمدت في 1990/12/18 ونفذت في 2003/07/01).

(152) انظر الملحق 2.

(153) دعوة اجتماع منظمة العمل الدولية للتغيير في سياسات الهجرة في جنوب أفريقيا. جنيف، منظمة العمل الدولية، 2002. نشرة إعلامية: (http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/new/291102.htm, accessed 23/03/2004)

(154) القوى المحركة حالياً للهجرة العالمية للعمالة: العولمة والتكامل الإقليمي. جنيف، منظمة العمل الدولية، 2002.

(http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/about/index.htm, accessed 23/03/2004)

(155) الاتفاقية خاصة بأحوال اللاجئين (اعتمدت في 1951/07/28 ونفذت في 1954/04/22).

(156) إجراء يقوي من الأدوات الدولية السابقة المتعلقة باللاجئين ويقدم مجموعة أكثر شمولاً من القوانين الشاملة التي تحمي حقوق الإنسان.



©IOM/Barriga 1999

المهاجرون الدائمون هم أغلب فئات المهاجرين ولاسيما بالنسبة للبلدان التقليدية للهجرة. ولا يوجد لهم تعريف قانوني شائع في القوانين الدولية. بل أن التشريعات والممارسات تتفاوت بشدة في تعريف فئات المهاجرين وفي خيراتهم ومعاملتهم. على أنهم قد لا يتمتعون بأية امتيازات أو يصطدمون بقيود تحد من وصولهم إلى الرعاية الصحية أو تتمتع بأية حقوق صحية خاصة بمواطني هذه البلدان حتى يستكملوا جميع الإجراءات الخاصة بإقامتهم الدائمة أو بوضعهم كمواطنين في تلك البلدان.

يزداد اتجاه الهجرة الدولية للعمالة نحو اتقاء المهاجرين من حيث النوع والفئة العمرية. فالعديد من سياسات الهجرة الوطنية وسياسات الهجرة المؤقتة تحرم بصورة قانونية اصطحاب العمال المهاجرين المؤقتين لعائلاتهم⁽¹⁶¹⁾. وقد بدأ العمل في برامج تهدف إلى لم شمل العائلات من أجل السماح لعائلات العمال المهاجرين من اللحاق بهم بعد فترة زمنية معينة. ويشكل إعادة توحيدهم العائلات نسبة كبيرة من الحالات المؤقتة للهجرة إلى البلدان الغربية، تصل إلى 70% من إجمالي المهاجرين الذين دخلوا إلى الولايات الأمريكية عام 1998.⁽¹⁶²⁾

وبغية استكمال النظرة العامة على الأحكام القانونية للهجرة وعلى التعريفات المعترف بها، تجدر الإشارة إلى الطلبة الأجانب. فهم ينتقلون للاستفادة من البرامج الدراسية والفرص التي تقدمها البلدان والمؤسسات التعليمية. وتظل الولايات المتحدة هي الغاية الأكثر شعبية حيث بلغ عدد الطلبة الأجانب المسجلين في جامعاتها ما يقرب من 590 ألف طالب خلال العام الدراسي 2002-2003.⁽¹⁶³⁾

ووفقا لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين فإنه في بداية عام 2002 بلغ عدد اللاجئين في العالم حوالي 10,4 مليون لاجئ⁽¹⁵⁷⁾. غير أن العدد الواقعي عندما يقارن مع الأعداد المسجلة قد يكون أعلى، حيث كثيرا ما يجد اللاجئون أنفسهم في ظروف مماثلة للظروف التي يخضع لها العمال المهاجرون غير المؤقتين، ومن ثم يجنحون لعدم التوثيق خوفا من الرفض أو سائر الإجراءات الخاصة بأساليب الاسترداد. وفي البلدان التي لا تكون فيها الحدود واضحة، وتعيش فيها العائلات على جانبي هذه الحدود، يحدث أن يقوم أقارب اللاجئين بإيوائهم دون أن تلاحظ السلطات المحلية هذا.

أما العمال من ذوي العقود المؤقتة فهم أكثر الفئات شيوعا بين العمالة المهاجرة المؤقتة. ويسمح بدخولهم إلى البلد المضيف لفترات زمنية محدودة بنية العودة إلى بلادهم فور انتهاء مدة عقود العمل الخاصة بهم. وغالبيتهم من العمالة المنخفضة المهارة التي استجلبت للعمل في مجالي الزراعة والبناء، وهو عمل موسمي يخضع لتقلبات السوق التي قد تتسبب بسهولة في تغيير الطلب عليهم.

التجارة بالأشخاص مشكلة عالمية متزايدة يتراوح عدد ضحاياها في العالم بين 700 ألف و4 ملايين شخص سنويا.⁽¹⁵⁸⁾ وتعرف هذه التجارة من قبل البروتوكول الخاص بما على أنها "استغلال، أو نقل، أو تحويل، أو إيواء أو استقبال أشخاص بأي وسيلة من وسائل التهديد أو استخدام القوة أو سائر أشكال الإكراه أو الاختطاف أو الاحتيال، أو الخداع، أو إساءة استخدام القوة أو إساءة استخدام التعريض للخطر، أو دفع أو تلقي أموال أو فوائد مقابل الحصول على موافقة شخص له سيطرة على شخص آخر بغرض الاستغلال."⁽¹⁵⁹⁾

المهاجرون المهربون ويقعون في الفئة التي تحاربهم البروتوكول الخاص بتهريب المهاجرين عن طريق الأرض أو البحر أو الجو، ويعرفهم على أنه "استغلال، بغرض الحصول المباشر أو غير المباشر، على فوائد مالية أو غيرها من الفوائد، نظير الإدخال غير القانوني لأي شخص إلى أي بلد لا يكون من مواطنيها أو ممن يقيمون فيها بصورة دائمة."⁽¹⁶⁰⁾

⁽¹⁵⁷⁾نظر المرجع تحت الحاشية رقم 4، 147.

⁽¹⁵⁸⁾التجارة بالأشخاص: استجابة لبرنامج المعونة الأمريكية. واشنطن، مكتب المعونة الأمريكية المعني بالمرأة والتنمية، 2001، 1.

⁽¹⁵⁹⁾بروتوكول من أجل القضاء على التجارة بالأشخاص ومعاقبة القائمين عليها، ولاسيما التجارة في النساء والأطفال، أضيف هذا البروتوكول إلى اتفاقية الأمم المتحدة ضد الجرائم المنظمة بين حدود الدول (اعتمدت في 2000/11/15 ونفذت في 2003/12/25)، البند 3(a).

⁽¹⁶⁰⁾بروتوكول ضد تهريب المهاجرين عن طريق الأرض والبحر والجو، أضيف إلى اتفاقية الأمم المتحدة ضد الجرائم المنظمة بين حدود الدول (اعتمدت في 2000/11/15 ونفذت في 2004/01/28)، البند 3(a).

⁽¹⁶¹⁾نظر المرجع تحت الحاشية رقم 16، 17.

⁽¹⁶²⁾التقرير العالمي للهجرة لعام 2000. جنيف، المعهد الدولي المعني بالهجرة، 2000، 243.

⁽¹⁶³⁾الفوائد الاقتصادية للتعليم الدولي بالنسبة للولايات المتحدة: تحليل إحصائي. واشنطن، رابطة المعلمين الدوليين (NAFSA)، 2003.

<http://www.nafsa.org/content/PublicPolicy/DataonInternationalEducation/EISIntroB.pdf>, accessed 16/03/2004

وفي إطار الاتفاقية الدولية المعنية بالتخلص من جميع أشكال التمييز العنصري (1965) تضطلع الدول الأطراف بالالتزام بتأمين الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية للسكان كافة دون اقتصار ذلك على المواطنين⁽¹⁶⁶⁾. على أن الاتفاقية تجيز بعض الاختلافات في التعامل بين المواطنين وغير المواطنين ولكنها تفرض على البلاد عدم تمييز أية جنسية معينة على الجنسيات الأخرى في تعاملها مع غير المواطنين.⁽¹⁶⁷⁾

في عام 1966 جمعت أحكام الإعلان العالمي لحقوق الإنسان مع القوانين المنصوص عليها في الاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق المدنية والسياسية، وتمخض هذا الجمع عن ما هو معروف بالوثيقة الدولية لحقوق الإنسان.

يحتوي البند 12 من الاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أكثر الأحكام الرسمية الأكثر تأكيداً على الحق في التمتع بالصحة ضمن القوانين الدولية لحقوق الإنسان. وبموجبه تدرج البلدان المشتركة فيها والبالغ عددها 148 بلداً "حق كل شخص في التمتع بأعلى الدرجات الممكنة من الصحة البدنية والنفسية."⁽¹⁶⁸⁾ كما تشمل الاتفاقية عدداً من الحقوق الجوهرية لتحقيق هذا الحق ومنها الحق في الغذاء⁽¹⁶⁹⁾، والسكن⁽¹⁷⁰⁾، وظروف عمل مأمونة وصحية⁽¹⁷¹⁾، والتعليم⁽¹⁷²⁾. ويجب أن يتم هذا من خلال انعدام أي نوع من التمييز بما فيها التمييز ضد الجنسية من أي بلد كان، على أن الاتفاقية تسمح للبلدان النامية بتحديد المدى الذي يمكنها في إطاره تأمين الحقوق الاقتصادية المنصوص عليها في الاتفاقية بالنسبة لغير المواطنين⁽¹⁷³⁾.

يجب أن لا يغيب عن الأذهان أن مبدأ "التقدم نحو إرساء حقوق الإنسان"⁽¹⁷⁴⁾، يفرض على الدول الالتزام بالتحرك بنشاط وسرعة وفعالية نحو العمل بهذه الحقوق. وينطبق هذا المبدأ على كل من البلدان الشديدة الفقر والبلدان الفاحشة الثراء، مع اعترافه بالعقبات الناجمة عن قلة توافر الموارد. وفي نفس الوقت يتطلب هذا المبدأ أن تظهر جميع البلدان تقدماً ملحوظاً في حركتها نحو التحقيق الكامل والتام للحقوق.

أما الاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق المدنية والسياسية فتعترف بالعديد من الحقوق الأساسية من أجل تحقيق الحق في التمتع بالصحة مثل الحق في الحصول على المعلومات⁽¹⁷⁵⁾، والحق في الخصوصية⁽¹⁷⁶⁾، وفي حرية الحركة والتنقل⁽¹⁷⁷⁾، وفي تمتع الشخص بالأمن⁽¹⁷⁸⁾. وتطالب الاتفاقية الدول بتأمين الحقوق الواردة فيها لكافة الأفراد الموجودين داخل أراضيها وتخضعون



UN Photo #UN23783

الملحق الثاني:

الأدوات القانونية والسياسية الدولية والآليات الخاصة بالصحة والهجرة الأدوات الدولية لحقوق الإنسان

يشمل الإطار الدولي القانوني لحقوق الإنسان عدداً من المعاهدات الأساسية التي تنطبق على الجميع، بما فيهم المهاجرين. أما أكثر الأدوات الأساسية لحقوق الإنسان فهو الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الذي صدر عام 1948. وهذا الإعلان يمثل إلى حد كبير جزءاً من القوانين الدولية المعروفة. كل شخص له الحق في التمتع بكافة الحقوق والحريات المنصوص عليها في الإعلان دون تمييز من أي نوع حتى ولو كان بسبب بلد المنشأ.⁽¹⁶⁴⁾ وهذه الحقوق المنصوص عليها في هذا الإعلان تنطبق أيضاً على المهاجرين غير المنتظمين وتتضمن الحق في الاعتراف القانوني بهم والحق في مستوى من المعيشة يسمح بالتمتع بالصحة والرفاه⁽¹⁶⁵⁾.

(164) UDHR، البند 2.

(165) UDHR، البند 25.

(166) ICERD، البند 5.

انظر أيضاً البيان الذي صدر عن لجنة القضاء على التمييز العنصري (CERD)، التي أنشئت لرصد تنفيذ الاتفاقية الدولية، وثيقة الأمم المتحدة رقم UN Doc CERD/226/Add.9، الفقرة 314.

(167) ICERD، البند 1.

(168) ICESCR، البند 12.

(169) ICESCR، البند 11.

(170) ICESCR، البند 11.

(171) ICESCR، البند 7.

(172) ICESCR، البند 13.

(173) ICESCR، البند (3)2.

(174) ICESCR، البند 2.

(175) ICESCR، البند 19.

(176) ICESCR، البند 17.

(177) ICESCR، البند 22.

(178) ICESCR، البند 6.

واجبات وحقوق العمال. كما أن هنالك عدداً كبيراً من الاتفاقيات ذات العلاقة بالقطاعات المختلفة للنشطة الاقتصادية والأنماط المتنوعة من المعدات والعوامل الخطرة، مثل الاتفاقية رقم 167 لمنظمة العمل الدولية والمعنية بالسلامة والصحة في أعمال البناء (1988)⁽¹⁸⁶⁾.



©IOM/Chauzy 2003

الاتفاقية المعنية بحقوق الطفل (1989)، والتي انتهت تقريباً إجراءات اعتمادها على مستوى العالم، تشمل حق الطفل في الحصول على أعلى المعايير الممكنة من الصحة⁽¹⁸⁷⁾. كما تقدم إطار عمل للحماية يطبق على جميع الأطفال: "تقوم البلدان الأطراف في الاتفاقية باحترام وتأمين الحقوق التي تنص عليها هذه الاتفاقية بالنسبة لكل طفل يعيش داخل حدودها وتحت سيطرتها بدون أن يتعرض لأي نوع من أنواع التمييز، وبغض النظر عن وضع والديه أو المسؤول القانوني عنه من ناحية العنصر، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الديانة، أو الآراء السياسية وغيرها من الآراء، أو الجنسية، أو الأصل العرقي أو الاجتماعي، أو الملكية، أو العجز، أو الميلاد، أو سائر الحالات الأخرى"⁽¹⁸⁸⁾.

تقوم لجان مكونة من خبراء مستقلين برصد تنفيذ لب المعاهدات الخاصة بالحقوق الإنسانية، وهذه اللجان معروفة بأنها هيئات رصد المعاهدات. ولكل معاهدة من المعاهدات الست التي تعنى بحقوق الإنسان هيئة للرصد خاصة بها⁽¹⁸⁹⁾، تجتمع بانتظام للنظر في التقارير الواردة من البلدان الأطراف في المعاهدة، وتفتح "حوارا بناءً" مع الحكومات حول كيفية التعايش مع الالتزامات التي تتعلق بالحقوق الإنسانية فيها. ولكل من هذه المعاهدات هيئات للرصد تابعة للأمم المتحدة تقدم آلية لكيفية زيادة المسؤولية الحكومية تجاه الحقوق الإنسانية.

في أيار/مايو من عام 2000، اعتمدت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14 المعني بالحق في الحصول على أعلى المعايير الممكنة من الصحة، ووضعت معياراً للتمتع الكامل بالحق في الصحة⁽¹⁹⁰⁾. كما أوضحت أن الحق في الصحة يعني التمتع بعدد متنوع

لسلطاتها، بدون أية تفرقة من أي نوع⁽¹⁷⁹⁾. إن لجنة حقوق الإنسان التي تقع على عاتقها مسؤولية متابعة تنفيذ الاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق المدنية والسياسية، أكدت أنه "بصورة عامة، فإن الحقوق التي اشتملت عليها الاتفاقية تنطبق على الجميع... بغض النظر عن جنسيته أو جنسيتها"⁽¹⁸⁰⁾. كما اشتملت الاتفاقية على أحكاما شاملة تناهض صور التمييز المرتكز على المنشأ الوطني أو الاجتماعي، أو الميلاد أو الحالة الاجتماعية⁽¹⁸¹⁾، بالإضافة إلى اشتمالها على حمايتها بصفة خاصة للحق في عدم التمييز⁽¹⁸²⁾.

بناء على الوثيقة الدولية للحقوق قامت معاهدات دولية أخرى للحقوق بالتركيز على مجموعات أو فئات معينة من السكان مثل النساء والأطفال وأخيراً على العمال المهاجرين، أو ركزت على قضايا معينة مثل التمييز العنصري.

⁽¹⁷⁹⁾ ICESCR، البند 2.

⁽¹⁸⁰⁾ وضع الغرباء في الاتفاقية (الاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية). التعليق العام رقم 15، الفقرة 1، 1986.

⁽¹⁸¹⁾ المرجع السابق.

⁽¹⁸²⁾ ICCPR، البند 26.

⁽¹⁸³⁾ الاتفاقية المعنية بالتخلص من كافة أشكال التمييز ضد المرأة (CEDAW) (اعتمدت في 1979/12/18 ونفذت في 1984/12/18). البند 12، 1981/09/03.

⁽¹⁸⁴⁾ اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة (CAT) (اعتمدت في 1984/12/10 ونفذت في 1987/06/26). البند 3.

⁽¹⁸⁵⁾ اتفاقية منظمة العمل الدولية (رقم 155) والخاصة بالسلامة والصحة وبيئة العمل (اعتمدت في 1981/06/22 ونفذت في 1983/08/11).

⁽¹⁸⁶⁾ اتفاقية منظمة العمل الدولية (رقم 167) والخاصة بالسلامة والصحة في أعمال البناء (اعتمدت في 1988/06/20 ونفذت في 1995/01/31).

⁽¹⁸⁷⁾ الاتفاقية المعنية بحقوق الطفل (CRC) (اعتمدت في 1989/11/20 ونفذت في 1990/09/02). البند 24.

⁽¹⁸⁸⁾ CRC، البند 2.

⁽¹⁸⁹⁾ CAT، ICERD، ICCPR، ICESCR، CEDAW، CRC.

⁽¹⁹⁰⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 17.

لما يحدث من صور متعددة للتمييز والعنف تجاه النساء المهاجرات.⁽¹⁹³⁾

المبادئ القانونية الدولية المعنية بغير المواطنين

وفقاً لاتفاقية عام 1951 المعنية بحالة اللاجئين، يحق للاجئين أن ينالوا نفس المعاملة التي يتلقاها مواطنو البلدان الأطراف في الاتفاقية والبالغ عددها 142 بلداً، وذلك في ما يتعلق بالأمر الخاصة بالأومومة، والمرضى، والعجز، وكبير السن.



©WHO/Virot

قامت منظمة العمل الدولية بالعمل على إصدار وثيقتين لتقديم الحماية للعمالة الأساسية وللعمال المهاجرين، إضافة إلى تعزيز التعاون بين الدول في مجال العمالة المهاجرة. وكانت أولى هاتين الوثيقتين هي اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 97 المعنية بالمهجرة من أجل العمل (تم تنقيحها)⁽¹⁹⁴⁾ وهي تغطي الأفراد الذين يهاجرون من بلد لآخر للعمل مع أحد أرباب الأعمال. أما الوثيقة الثانية فهي اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 143 والمعنية بالمهجرة في الظروف التعسفية وتعزيز العدالة في الفرص والمعاملة للعمال المهاجرين.⁽¹⁹⁵⁾ وهذه الاتفاقية تلزم البلدان الأطراف فيها باحترام حقوق الإنسان لجميع العمال المهاجرين بغض النظر عن وضعهم القانوني.

وضروري من المرافق والبضائع والخدمات والأوضاع من أجل تحقيق أعلى المعايير الممكنة من الصحة، كما ركز على وجوب توافر كل هذا مع سهولة الوصول إليه، وأن يكون على مستوى مقبول وذا نوعية جيدة.⁽¹⁹¹⁾

هنالك آليتان بالإضافة إلى الاتفاقيات تعملان في إطار نظام الأمم المتحدة ولهما علاقة بصورة خاصة بتعزيز وحماية الصحة وحقوق الإنسان للمهاجرين. وتشمل وظيفة المقرر الخاص لحق كل شخص في التمتع بأعلى معيار ممكن من الصحة البدنية والنفسية ما يلي:

- أ- جمع المعلومات والبحث عنها وطلبها وتلقيها وتبادلها من مختلف المصادر التي تشمل الحكومات والمنظمات العاملة بين الحكومات، والمنظمات غير الحكومية، وذلك من أجل ضمان تمتع كل شخص بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والنفسية،
- ب- العمل على استمرار الحوار المنتظم مع الأطراف المعنية ومناقشة مجالات التعاون المحتملة،
- ج- التبليغ عن مدى ما يتحقق في مجال الحصول على الحق في الصحة، وما يجد من التطورات الخاصة به ومنها القوانين والسياسات والممارسات الجيدة التي تحقق أكبر الفوائد الكفيلة بالتمتع بالصحة، والعقبات الداخلية والخارجية أمام تنفيذها،
- د- وضع توصيات حول الإجراءات المناسبة لتعزيز وحماية الحصول على هذا الحق من قبل كل شخص، بالنظر إلى ما تقدمه الدولة من جهود دافعة للصحة العمومية.⁽¹⁹²⁾

أما الآلية الأخرى للتعامل مع الصحة وحقوق الإنسان للمهاجرين فهي المقرر الخاص لحقوق الإنسان للمهاجرين، ومهامه الوظيفية تشمل ما يلي:

- أ- جمع وتلقي المعلومات من كافة المصادر المعنية، وتشمل المهاجرين أنفسهم، حول انتهاك حقوق الإنسان للمهاجرين وعائلاتهم،
- ب- صياغة توصيات مناسبة للوقاية من الانتهاكات الموجهة إلى المهاجرين ومعالجتها في أي مكان قد تحدث فيه،
- ج- تعزيز التطبيق الفعال للقواعد والمعايير الدولية الفعالة في هذا الصدد،
- د- التوصية بالأعمال والإجراءات الخاصة بالتخلص من أشكال العنف الواقع على الحقوق الإنسانية للمهاجرين وذلك على المستوى الوطني، والإقليمي، والدولي،
- هـ- الأخذ في الاعتبار مفهوم النوع (البعد الاجتماعي) عند طلب وتحليل المعلومات، مع إيلاء اهتمام خاص

⁽¹⁹¹⁾ المرجع السابق، الفقرة 12.

⁽¹⁹²⁾ القرار 31/2002، جنيف، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، لجنة حقوق الإنسان.

⁽¹⁹³⁾ القرار 44/1999، جنيف، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، لجنة حقوق الإنسان.

⁽¹⁹⁴⁾ اتفاقية منظمة العمل الدولية (رقم 97) المعنية بالمهجرة من أجل العمل (اعتمدت في 01/07/1949 ونفذت في 22/01/1952).

وترافقت الاتفاقية بالتوصية (رقم 86) الخاصة بالمهجرة من أجل العمل (اعتمدت في 01/07/1949).

⁽¹⁹⁵⁾ اتفاقية منظمة العمل الدولية (رقم 143) والمعنية بالمهجرة في الأحوال التعسفية وتعزيز المساواة في الفرص والمعاملة بالنسبة للعمال المهاجرين (اعتمدت في 24/06/1975 ونفذت في 12/09/1978).

المؤتمرات الدولية (التزامات سياسية من أجل تأمين حقوق الإنسان للمهاجرين)

منذ تكوين الأمم المتحدة قامت المؤتمرات الدولية بدور جوهري في توجيه عملها. فقد دفعت هذه المؤتمرات الحكومات والمنظمات غير الدولية إلى اتخاذ الإجراءات العملية، ووضع المعايير والدلائل الإرشادية الدولية للسياسات الوطنية، وفسحت المجال للمنابر المناقشة الاقتراحات الجديدة والتماس إجماع الآراء، كما دفعت بتنفيذ العمليات التي نُحِث في تقبل الحكومات للالتزامات وتقديم التقارير حولها بصورة منتظمة. وقد ركز العديد من المؤتمرات الهامة للأمم المتحدة مؤخرًا على الصلات بين المهاجرين والصحة⁽²⁰⁴⁾. وعلى الرغم من أن هذه المؤتمرات لا تعتبر جزءًا من إطار العمل القانوني لحقوق الإنسان الدولية إلا أنها أدت إلى صدور إعلانات وإنشاء برامج للعمل تمثل التزامات سياسية علمية من جانب حكومات الدول.

إعلان فيينا وبرنامج العمل (1993) يولييان "...أهمية كبرى.. لتعزيز وحماية حقوق الإنسان للأشخاص الذين ينتمون إلى مجموعات أصبحت معرضة للمخاطر ومنها العمال المهاجرين"، كما يولييان اهتمامًا كبيرًا بالتخلص من كافة أشكال التمييز التي تمارس ضدهم. ويعملان على حث البلدان لإيجاد ظروف تصفي تنافسًا وتلاحمًا أكبر بين العمال المهاجرين ومجتمع البلد التي يقطنون فيها⁽²⁰⁵⁾.

برنامج العمل المعني بالسكان والتنمية (1994) يتضمن عددًا من المراجع التي تشير إلى المهاجرين والصحة. فعلى سبيل المثال، يقوم البرنامج ببحث الحكومات على توفير سبل الحصول على الخدمات الصحية المناسبة للمهاجرين واللاجئين. بالإضافة إلى تأمين حصول الأشخاص النازحين على الخدمات الأساسية للرعاية الصحية شاملة خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة⁽²⁰⁶⁾.

وقد أدرجت خطة عمل بكين (1995)⁽²⁰⁷⁾ أن النساء يواجهن عوائق أمام حصولهن على المساواة الكاملة والترقيات بسبب العنصر، واللغة، والعرق، والثقافة وغيرها. كما اعترفت بأن هنالك عقبات إضافية تقف أمام النساء النازحات والمهاجرات، بما فيهن النساء العاملات. وتحت الخطة على أن تقوم الحكومات بتأمين حقوق الإنسان كاملة إلى جميع النساء المهاجرات ومنهن النساء العاملات، وتوفير الحماية لهن من العنف والاستغلال، وإدخال الإجراءات الضرورية لتمكين النساء المهاجرات والمؤثقات. كما تحت الخطة على إنشاء خدمات لغوية وثقافية يمكن توصيلها للنساء والفتيات المهاجرات،

كان استهلال الأمم المتحدة للمباحثات الخاصة بأول معاهدة بين الدول من أجل محاربة الجريمة المنظمة، مدفوعًا بما تمخضت عنه الفترة التالية للحرب الباردة من إدراك أن العديد من أشكال الجريمة المنظمة بين البلدان تمثل تهديدًا خطيرًا للديمقراطية. وقد أسفرت هذه المباحثات عن اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة عبر الحدود الوطنية (2000)⁽¹⁹⁶⁾. وقد تبع هذه الاتفاقية التي بدأ العمل بها في 2003/09/29⁽¹⁹⁷⁾، صدور البروتوكول الخاص بمنع التجارة بالأشخاص والقضاء عليها ومعاقبة كل من يمارسها ولاسيما تجارة النساء والأطفال. ويعنى البروتوكول بالإجراءات التي يتعين اتخاذها من أجل استعادة ضحايا التجارة بالأشخاص لخالصهم السوية من الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية⁽¹⁹⁸⁾. كما صدر بعدها البروتوكول الذي يكافح تهريب المهاجرين عن طريق الأرض أو البحر أو الجو، ويحتوي على إجراءات للحماية والمعونة التي يتعين على البلدان تحملها من أجل حماية حقوق هذه المجموعات من المهاجرين المعرضين بصورة خاصة للمخاطر⁽¹⁹⁹⁾. وقد حصل كل من البروتوكولين على التوقيعات اللازمة لإدخالهما حيز التنفيذ المتوقع أن يكون قد تم في بداية 2004⁽²⁰⁰⁾.

الاتفاقية الدولية المعنية بحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وحماية أفراد عائلاتهم، بدأ العمل بها في 2003/07. وأهم ما تفرضه هذه الاتفاقية هو حق العمال المهاجرين في حماية الحقوق الإنسانية الأساسية لهم دون النظر إلى حالهم من الناحية القانونية. وهي تعترف بصورة خاصة بحق جميع العمال المهاجرين وعائلاتهم في الحصول على الرعاية الطبية الطارئة⁽²⁰¹⁾، وحق العمال المهاجرين الموثقين وعائلاتهم في معاملة مساوية للمعاملة التي يتلقاها مواطنو البلد وفي الحصول على الخدمات الصحية⁽²⁰²⁾. كما تشمل الاتفاقية على ما يفيد التعاون بين الدول في مجال حماية المهاجرين، وخفض معدلات الهجرة غير المنتظمة واستغلال المهاجرين بالإضافة إلى تأمين عودة مأمونة وحميدة.

على الرغم من عدم وجود أية اتفاقيات قانونية ملزمة تهتم بصورة خاصة بمعاملة المهاجرين (النازحين) داخليًا، إلا أنه من الضروري التشديد على أن هؤلاء المهاجرين يحق لهم التمتع بالحماية التي يكفلها القانون الدولي مثلهم مثل غيرهم من المواطنين في سائر البلدان. وقد اعترفت الجمعية العمومية للأمم المتحدة بالمبادئ الإرشادية حول النازحين داخليًا⁽²⁰³⁾ التي وإن كانت غير ملزمة قانونًا إلا أنها بنيت على أساس حقوق الإنسان والقوانين الدولية الحالية، كما أنها بمثابة إطار عمل دولي للمبادئ الخاصة بتقديم الحماية والمعونة لهؤلاء النازحين داخليًا.

⁽¹⁹⁶⁾ اتفاقية الأمم المتحدة ضد الجريمة المنظمة بين الدول (اعتمدت في 2000/11/15) ونفذت في 2003/09/29.

⁽¹⁹⁷⁾ اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة عبر الحدود الوطنية، للتنفيذ في 29 أيلول/سبتمبر. فيينا، مكتب المعلومات التابع للأمم المتحدة، 2003/07/07.

(نشرة إعلامية رقم L/ T/4373 - SOC/CP/263: <http://www.un.org/News/Press/docs/2003/It4373.doc.htm>, accessed 23/03/2004

⁽¹⁹⁸⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 159، البند 46.

⁽¹⁹⁹⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 160، البند 16.

⁽²⁰⁰⁾ حتى نيسان/أبريل 2004 وصل عدد البلدان التي وقعت على البروتوكول المناهض لتهريب المهاجرين عن طريق الأرض أو البحر أو الجو، إلى 112 توقيعًا باشتراك 46 طرفًا. أما البروتوكول الخاص بمنع التجارة بالأشخاص والقضاء عليها ومعاقبة كل من يمارسها ولاسيما تجارة النساء والأطفال، فقد حصل على 117 توقيعًا باشتراك 52 طرفًا فيه. توقيعات خاصة باتفاقية الأمم المتحدة المعنية بالجريمة بين الدول والبروتوكولات الناجمة عنها. فيينا، مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والجريمة، 2004.

http://www.unodc.org/unodc/en/crime_cicp_signatures.html, accessed 19/04/2004

⁽²⁰¹⁾ MWC، البند 28.

⁽²⁰²⁾ المرجع السابق، البندين 45 و 43.

⁽²⁰³⁾ انظر المرجع تحت الحاشية رقم 149.

⁽²⁰⁴⁾ التقرير العالمي للهجرة، جنيف، المنظمة الدولية للهجرة، 2002، 88.

⁽²⁰⁵⁾ إعلان فيينا وخطة العمل الخاصة بالمؤتمر العالمي لحقوق الإنسان. فيينا، 1993، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/CONF.157/23، القسم 2، الفقرات 24، 33 و 34.

⁽²⁰⁶⁾ برنامج عمل المؤتمر الدولي للأمم المتحدة حول السكان والتنمية، القاهرة، 1994، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/CONF.171/13، الفقرة 22/9.

⁽²⁰⁷⁾ إعلان بكين وخطة العمل، المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة. بكين، 1995، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/CONF.177/20، الفقرات 58(k)-(l)؛ 125(b)-(c).

إعلان الالتزام بشأن مكافحة فيروس العوز المناعي البشري ومرض الإيدز، الذي اعتمد في الجلسة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة، المعقودة في حزيران/يونيو 2001، بحث على وضع وتنفيذ الاستراتيجيات الوطنية والإقليمية والدولية التي تسهل الوصول إلى برامج الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري ومرض الإيدز بالنسبة للمهاجرين والعمال المتنقلين وذلك قبل نهاية عام 2005. ويجب أن يشمل هذا أيضا توفير المعلومات الخاصة بالخدمات الصحية والاجتماعية⁽²¹⁰⁾.

المؤتمر العالمي لمناهضة العنصرية والتمييز العنصري وكرهية الأجانب وما يتصل بذلك من تعصب، الذي عقد في درين بجنوب أفريقيا عام 2001. ويحث هذا المؤتمر بصورة خاصة على أنه "يجب على جميع البلدان تحريم التمييز في المعاملة المرتكز على العنصر أو اللون أو المنشأ أو الوطن أو الأصل العرقي، والذي يمارس ضد الأجانب والعمال المهاجرين، بالنسبة لكافة المعاملات ومنها تلك التي تتعلق بتراخيص الدخول إلى البلد (الفيزات)، وتصاريح العمل، والسكن والرعاية الصحية وسبل الوصول إلى تحقيق العدالة"⁽²¹¹⁾. كما يحث البلدان المضيفة للمهاجرين على أن "تنظر في توفير الخدمات الاجتماعية ولاسيما في المجال الصحي.. باعتبار ذلك أولوية أولى، من خلال التعاون مع وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات الإقليمية وهيئات الدولية الممولة"⁽²¹²⁾.

إن خطة العمل الدولية حول الشيخوخة التي اعتمدت في 2002 من قبل مؤتمر الأمم المتحدة الثاني للجمعية العالمية للشيخوخة، الذي عقد في مدريد، تدعو إلى دمج المهاجرين المسنين في مجتمعاتهم الجديدة من خلال "...إجراءات تساعد المهاجرين المسنين على ضمان استمرار الضمان الاجتماعي والصحي لهم."⁽²¹³⁾



©IOM/Chauzy 2003

تشمل أيضا النساء العاملات ضحايا الممارسات العنيفة المرتكزة على النوع، والاعتراف بتعرض النساء العاملات للمخاطر والعنف وسائر أشكال الإساءة التي يخضعن لها في البلد المضيف بسبب وضعهن القانوني الذي يعتمد على أرباب العمل الذين قد يستغلونه لصالحهم.

أما الوثيقة النهائية الصادرة في 1999 والتي تقترح اتخاذ إجراءات عملية رئيسية لتنفيذ المزيد من برنامج العمل الخاص بمؤتمر القاهرة، فتحت الحكومات في كل من بلد المنشأ والبلد المضيف على "...توفير الحماية الفعالة للمهاجرين وتوفير الخدمات الصحية والاجتماعية الأساسية، ومنها خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة."⁽²⁰⁸⁾. كما تدعو نفس الوثيقة إلى زيادة الدعم المقدم لمجموعات اللاجئين من أجل إنقاذ حياتهم والمحافظة عليها.

في الوثيقة التي أسفر عنها مؤتمر بكين +5 (2000)، أعيد التأكيد على المفاهيم الرئيسية لإعلان بكين وخطة العمل الخاصة به (1995). وقد أُلقت الوثيقة الضوء على المخاطر الصحية التي تتعرض لها النساء والفتيات والناجحة عن آثار العولمة على تدفقات الهجرة من أجل العمل، واعتبرت أن هذه المخاطر هي بمثابة تهديد يؤثر على تنفيذ إعلان بكين وخطة العمل التابعة له.⁽²⁰⁹⁾

(208) إجراءات عمل رئيسية من أجل تنفيذ المزيد من برنامج العمل الخاص بالمؤتمر الدولي حول السكان والتنمية، نيويورك، 1999، وثيقة الأمم المتحدة رقم G.A.RES/S-21/2، الفقرة 24(a). انظر أيضا المرجع تحت الحاشية رقم 88, 204

(209) تقرير اللجنة المخصصة للجلسة الخاصة رقم 23 للجمعية العمومية، نيويورك، 2000، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/S-23/10/REV.1

(210) مقرر تم اعتماده من قبل الجمعية العامة: إعلان حول الالتزام بمكافحة فيروس العوز المناعي البشري والإيدز، نيويورك، 2001، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/RES/S-26/2

(211) تقرير المؤتمر العالمي لمناهضة العنصرية، والتمييز العنصري وكرهية الأجانب وما يتصل بذلك من تعصب، درين، 2001، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/CONF.189/12, 2/18.

(212) المرجع السابق، 30/2.

(213) خطة العمل الدولية، مؤتمر الأمم المتحدة الثاني للجمعية العالمية للشيخوخة، مدريد، 2002، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/CONF.197/9، الملحق 2.

"إن هذا التقرير الذي صدر في الوقت المناسب لمو مساهمة هامة في النقاش المتنامي حول السياسة الدولية للهجرة. وهو يقوم بدراسة الحالة الصحية، من خلال مفهوم حقوق الإنسان، للمجموعات السكانية التي يتزايد تعرضها للمخاطر. وهو بذلك، يوضح قيمة حقوق الإنسان كأداة سياسية، كما يعترف بالحاجة إلى وجود نموذج يُتخذ به للتحويل إلى معاملة المهاجرين على أنهم مواطنون عالميون وأصحاب حقوق!"

ماري روبنسن، مفضضة الأمم المتحدة
السامية لحقوق الإنسان (1997-2002)

العدد رقم 4 من سلسلة المنشورات حول الصحة وحقوق الإنسان

لمزيد من المعلومات، اتصل بـ:
الدكتورة فاطمة العوا

وحدة الصحة وحقوق الإنسان
منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق
المتوسط

صندوق بريد 7608، مدينة نصر، القاهرة

11371، جمهورية مصر العربية

هاتف: +202 276 5340

فاكس: +202 276 5415

عنوان البريد الإلكتروني: clawaf@emro.who.int

