

**Генеральная Ассамблея**

Distr.: General
15 May 2013
Russian
Original: English

Совет по правам человека

Двадцать третья сессия

Пункт 3 повестки дня

**Поощрение и защита всех прав человека,
гражданских, политических, экономических,
социальных и культурных прав,
включая право на развитие**

**Доклад Специального докладчика по вопросу
о праве каждого человека на наивысший достижимый
уровень физического и психического здоровья
Ананда Гровера***

Резюме

В настоящем докладе, представленном в соответствии с резолюциями 15/22 и 6/29 Совета по правам человека, рассматриваются вопросы, касающиеся права на здоровье трудящихся-мигрантов. В центре внимания находятся низкоквалифицированные трудящиеся-мигранты, а также трудящиеся-мигранты с неурегулированным статусом. В докладе описывается ответственность государств и негосударственных субъектов за уважение, защиту и осуществление права трудящихся-мигрантов на здоровье.

Специальный докладчик анализирует также ряд существенных вопросов в этой области, в том числе обязанность направляющего государства предоставлять трудящимся-мигрантам доступ к информации и регулировать деятельность агентств по найму; проблемы, касающиеся права на здоровье в связи с иммиграционной политикой, такие как обязательное медицинское освидетельствование, задержание и депортация трудящихся-мигрантов с неурегулированным статусом или трудящихся-мигрантов с особым состоянием здоровья; доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам, особенно для трудящихся-мигрантов; определенные сферы работы, которых чуждается местное население и которые считаются унижительными; психическое здоровье трудящихся-мигрантов; и вопрос о женщинах-мигрантах и их праве на сексуальное и репродуктивное здоровье.

* Представлен с опозданием.

GE.13-13600 (R) 140814 150814



* 1 3 1 3 6 0 0 *

Просьба отправить на вторичную переработку



Специальный докладчик завершает свой доклад сводом рекомендаций, нацеленных на обеспечение уважения, защиты и осуществления права на здоровье всех трудящихся-мигрантов.

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение	1–5	4
II. Концептуальные основы	6–18	5
A. Обязательства государств.....	11–12	7
B. Участие	13–15	7
C. Подотчетность	16–18	8
III. Конкретные вопросы.....	19–75	9
A. Обязательства государств по подготовке к отъезду.....	19–27	9
B. Иммиграционная политика	28–37	12
C. Доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам.....	38–45	15
D. Грязные, опасные и унижительные виды работ и гигиена труда.....	46–61	18
E. Психическое здоровье	62–69	24
F. Женщины и сексуальное и репродуктивное здоровье.....	70–75	27
IV. Выводы и рекомендации	76	29

I. Введение

1. Современная международная трудовая миграция вызвана глобализацией и неолиберальной экономической политикой, способствующей дерегулированию рынков труда, в том числе потокам дешевой, низкоквалифицированной рабочей силы¹. Примерно 105 млн. человек в настоящее время работают за пределами страны рождения². Денежные переводы трудовых мигрантов, которые превышают официальную помощь в целях развития развивающимся странам³, вносят значительный вклад в рост благосостояния домашних хозяйств и улучшают основополагающие определяющие факторы здоровья, такие как жилье и образование. Влияние миграционного процесса на здоровье трудящихся-мигрантов может быть значительным, а если он плохо регулируется, то последствия могут перевесить какие-либо экономические и социальные выгоды.

2. В настоящем докладе рассматривается право на здоровье людей, мигрирующих из одной страны (направляющее государство) в другую (принимающее государство) в целях получения оплачиваемой работы и работающих в тех отраслях в принимающих государствах, где требуется низкая или невысокая квалификация. Сфера охвата доклада ограничена трудящимися-мигрантами ввиду того, что некоторые проблемы, касающиеся, например, кадровых агентств, обязательного освидетельствования и гигиены труда, порождают серьезные нарушения права на здоровье, а потому нуждаются в отдельном рассмотрении. Тем не менее с такими проблемами, как доступ к медицинской помощи в принимающих государствах, сталкиваются и другие мигранты, например беженцы, и в связи с этим анализом могут быть охвачены все группы мигрантов. Кто-то мигрирует через официальные каналы, кто-то мигрирует неофициально, а кто-то пользуется и теми, и другими способами миграции. Понятие "неурегулированный статус" используется для обозначения трудящихся-мигрантов, живущих или работающих в принимающем государстве без официального разрешения, а термин "урегулированный статус" относится к трудящимся-мигрантам с видом на жительство и разрешением на работу в принимающем государстве. Особое внимание в докладе уделяется работе в строительстве, в качестве домашней прислуги, в секс-индустрии и сельском хозяйстве в качестве примеров грязных, опасных, унижительных (ГОУ) видов работы, которой часто занимаются трудящиеся-мигранты.

3. Трудящиеся-мигранты часто начинают миграционный процесс, пребывая в относительно хорошем состоянии здоровья⁴. Однако сложный характер и разнообразие обстоятельств на различных этапах миграционного цикла могут сделать их физическое и психическое здоровье очень уязвимым и тем самым поставить под угрозу осуществление других прав⁵. Например, трудящиеся-мигранты с неурегулированным статусом могут столкнуться с колоссальными

¹ Четвертый способ поставки услуг в рамках Генерального соглашения по торговле услугами, например, предполагает открытие границ для услуг, но не требует от государств гарантировать защиту трудящихся-мигрантов. См. Tomer Broude, "The WTO/GATS Mode 4, International Labour Migration Regimes and Global Justice", Research paper No. 7-07 (May 2007), p. 28.

² Международная организация по миграции (МОМ), веб-страница "Трудовая миграция", размещено по адресу <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/what-we-do/labour-migration.html>.

³ World Bank (WB), Migration and Development Brief 19 (2012), p. 1.

⁴ A/HRC/14/30, пункт 23.

⁵ IOM, Migrant Health for the Benefit of All (2004), документ MC/INF/275.

угрозами для своего здоровья в ходе перевозки из-за таких опасных условий, как сложность и необходимость прятаться в очень тесных лодках или грузовиках⁶. Они могут также столкнуться с физическим и сексуальным насилием во время перевозки⁷. Ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию или отсутствие такового в процессе транспортировки и в транзитных странах может еще более усугубить заболевания, в том числе невылеченные неинфекционные болезни⁸. Открытие лагерей в транзитных странах⁹ или организованное добровольное возвращение в направляющее государство¹⁰ может снизить риск ухудшения здоровья трудящихся-мигрантов с неурегулированным статусом.

4. Ввиду экономической необходимости, недостатка информации и невысокого уровня образования и квалификации трудящиеся-мигранты бывают вынуждены выполнять вредные и плохо регулируемые виды ГОУ-работ. Отсутствие эффективных средств защиты прав трудящихся-мигрантов в подобных отраслях в сочетании с эксплуатацией со стороны недобросовестных кадровых агентств, посредников и работодателей создают такие условия для жизни и работы, которые препятствуют полному осуществлению права на здоровье.

5. Культурные и языковые различия могут усилить уязвимость трудящихся-мигрантов в принимающих государствах, особенно в случае отсутствия семьи или сетей социальной поддержки. Юридические, информационные и связанные с трудовыми отношениями барьеры, ограничивающие доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам, также усиливают уязвимость. Для мигрантов с неурегулированным статусом эти проблемы стоят еще острее, так как зачастую они имеют еще меньше прав на получение медицинской помощи или вообще их не имеют, они не могут рассчитывать на защиту в рамках законов о безопасности и гигиене труда или у них нет доступа к механизмам правовой защиты, а сами они постоянно находятся под угрозой задержания и депортации. Законы, увязывающие иммиграционный контроль и системы здравоохранения, особенно вредоносны, поскольку они напрямую ограничивают доступ к здравоохранению и не содействуют социальной интеграции, а укореняют дискриминацию и стигматизацию.

II. Концептуальные основы

6. Основы права на здоровье установлены в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, в которой признается право каждого человека на наивысший достижимый уровень психического и физического здоровья. В замечании общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам подробно рассматривается и толкуется право на здоровье. Государствам вменяется в обязанность уважать, за-

⁶ IOM, "Migration: A social determinant of the health of migrants," Background paper (2006), p. 8, размещено по адресу <http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20-%20IOM%20SDH.pdf>.

⁷ IOM, *Migrants' needs and vulnerabilities in the Limpopo Province, Republic of South Africa*, Report on Phase Two, February-March 2009 (2009).

⁸ WHO, *Health of Migrants*, (April 2008), document A61/12, para. 17, размещено по адресу http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/migrant_human_rights_032509/nygren_krug_en.pdf.

⁹ IOM, *Migration Health*, Report of IOM Activities 2011 (2011).

¹⁰ IOM, *Tanzania's Mixed Migration Unit*, prospectus, размещено по адресу <http://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/Country/docs/IOM-Info-Sheet-MMU-221012-Final.pdf>.

щищать и осуществлять право каждого человека, в том числе трудящихся-мигрантов, на здоровье. Государства обязаны также улучшать основополагающие факторы здоровья – необходимые условия для осуществления права на здоровье – такие, как образование, питательная еда, питьевая вода, надлежащее соблюдение санитарно-гигиенических норм, безопасные и здоровые условия труда и жизни. Миграцию следует рассматривать как один из основополагающих факторов, так как процессы подготовки к отъезду и реинтеграции в направляющих государствах, а также прибытие, пребывание и интеграция в принимающих государствах определяют текущее состояние здоровья трудящихся-мигрантов.

7. Права трудящихся-мигрантов прямо признаны в ряде международно-правовых актов. В Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей 1990 года подробно описываются права трудящихся-мигрантов и членов их семей на протяжении всего процесса миграции, а обязательства государств прописываются в увязке с этапами миграционного процесса, в том числе такими, как подготовка к отъезду из направляющих государств и возвращение обратно и транзит и трудоустройство в принимающих государствах.

8. Международная организация труда (МОТ) посредством различных конвенций и рекомендаций возлагает обязательства на государства¹¹ и определенные обязанности на кадровые агентства, требуя от них принять меры по предотвращению злоупотребления трудом трудящихся-мигрантов и их эксплуатации¹². Основное внимание уделяется гигиене труда и безопасности трудящихся-мигрантов, и рекомендуется принять меры для содействия воссоединению семей¹³, что может положительно повлиять на психическое здоровье, так как это обеспечивает социальную поддержку трудящихся-мигрантов.

9. В резолюции по вопросам здоровья мигрантов Всемирной ассамблеи здравоохранения государствам рекомендовано содействовать принятию мер политики здравоохранения, учитывающих интересы мигрантов, включая предоставление информации и услуг, и содействовать справедливому доступу к ресурсам общественного здравоохранения¹⁴.

10. Посредством установления требования о том, чтобы принцип недискриминации охватывал все аспекты политики государства, сами основы права на здоровье не позволяют проводить различие между трудящимися-мигрантами с урегулированным и неурегулированным статусом, с одной стороны, и гражданами государств, с другой стороны. В этом смысле они отличаются от Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей, которая позволяет предоставлять трудящимся-мигрантам с неурегулированным статусом доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам толь-

¹¹ Международное бюро труда (МБТ), Конвенция 1925 года (№ 19) о равноправии в области возмещения при несчастных случаях, Конвенция 1949 года (№ 97) о рабочих-мигрантах (пересмотренная), Конвенция 1962 года (№ 118) о равноправии в области социального обеспечения, Конвенция 1975 года (№ 143) о трудящихся-мигрантах (дополнительные положения), Конвенция 2011 года (№ 189) о достойном труде домашних работников.

¹² МБТ, Конвенция 1997 года (№ 181) о частных агентствах занятости.

¹³ МБТ, Рекомендация 1975 года (№ 151) о рабочих-мигрантах, пункт 13.

¹⁴ Шестидесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, резолюция о здоровье мигрантов от 24 мая 2008 года, документ WHA61.17.

ко в случае крайней необходимости¹⁵. Недискриминация предполагает, что социально-экономические права, такие как доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам, должны быть равно доступны гражданам и негражданам, в том числе трудящимся-мигрантам с неурегулированным статусом¹⁶.

А. Обязательства государств

11. Реализация права на здоровье требует от государств принятия и осуществления реалистичной национальной политики здравоохранения, которая не допускает дискриминации неграждан¹⁷ и которая позволяет удовлетворять потребности трудящихся-мигрантов с неурегулированным и урегулированным статусом на всех этапах миграционного процесса, в том числе на этапах до выезда за рубеж и возвращения. В качестве одного из аспектов своего обязательства обеспечивать право на здоровье государства должны гарантировать наличие и доступность качественных медицинских учреждений, товаров и услуг, в том числе существующие схемы медицинского страхования, для трудящихся-мигрантов на основе их равенства с другими гражданами.

12. Каждое государство, вовлеченное в процесс миграции, должно соблюдать свои обязательства по уважению, защите и осуществлению права на здоровье всех лиц, находящихся под его юрисдикцией, в том числе трудящихся-мигрантов. Для регулирования трудовых коридоров и условий, которые должны соблюдаться государствами, обычно используются двусторонние соглашения и не имеющие обязательной силы меморандумы о договоренности между государствами¹⁸. Система регулирования, предусмотренная подобными документами, должна соблюдаться и отражать принципы права на здоровье, в особенности принципы недискриминации, расширения прав и возможностей, участия, прозрачности и подотчетности государственных и негосударственных субъектов.

В. Участие

13. Участие затронутых общин в процессах принятия решений крайне важно для основ права на здоровье. Государства должны воздерживаться от дискриминационных действий по признаку гражданства и правового статуса¹⁹ и должны уделять особое внимание уязвимым группам, например низкоквалифицированным трудовым мигрантам и трудящимся-мигрантам с неурегулированным статусом, с тем чтобы защитить их от нарушений прав третьими сторонами, такими как частные агентства по найму, посредники и работодатели.

14. Таким образом, государства должны обеспечивать участие трудящихся-мигрантов, включая трудящихся-мигрантов с неурегулированным статусом, в

¹⁵ Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей, статья 28.

¹⁶ Комитет по ликвидации расовой дискриминации (КЛРД), общая рекомендация XXX о дискриминации неграждан (2004), пункты 29 и 36.

¹⁷ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП), замечание общего порядка № 20 (2009) о недискриминации экономических, социальных и культурных прав, пункт 38.

¹⁸ ILO, Model Agreement on Temporary and Permanent Migration for Employment, including Migration of Refugees and Displaced Persons, Migration for Employment Recommendation (Revised), 1949 (No. 86), annex.

¹⁹ КЭСКП, замечание общего порядка № 20, пункт 36.

процессах разработки, осуществления, мониторинга и применения законов и политики, включая проведение переговоров по двусторонним соглашениям. Так как считается, что профессиональные союзы играют ключевую роль в обеспечении уважения права трудящихся²⁰, включая гигиену труда²¹, необходимо стимулировать участие мигрантов с урегулированным и неурегулированным статусом в профессиональных союзах или формировании ими таковых. Эффективное участие, в особенности трудящихся с неурегулированным статусом, требует принятия позитивных мер со стороны государств, с тем чтобы создать условия, в которых данные группы могут принимать участие в данных процессах, не опасаясь санкций. Доступ к своевременной и точной информации является предпосылкой к конструктивному участию трудящихся-мигрантов в процессе принятия решений по вопросам, касающимся здоровья.

15. Государства, в том числе принимающие государства, должны обеспечивать участие трудящихся-мигрантов в процессах принятия решений и в стратегиях по повышению осведомленности, особенно в отношении доступа к услугам здравоохранения. Благодаря этому участию потенциальные трудящиеся-мигранты будут также осведомлены о таких вопросах, как стресс-факторы миграции, практика незаконного найма, их прав в направляющих и принимающих государствах и обязанности зарубежных работодателей²². Благодаря участию общества услуги здравоохранения станут приемлемыми для трудящихся-мигрантов в культурном и лингвистическом плане²³. В некоторых государствах организации гражданского общества успешно вовлекают трудящихся-мигрантов в реализацию информационно-пропагандистских и информационно-справочных программ, в результате чего трудящиеся-мигранты получают культурно и лингвистически приемлемую информацию²⁴, а это стимулирует инициативы общин.

С. Подотчетность

16. Право на здоровье обязует государства создавать эффективные и доступные механизмы, позволяющие обеспечивать ответственность всех носителей обязательств. Неграждане, например трудящиеся-мигранты, также обладают правом доступа к средствам правовой защиты, чтобы опротестовать нарушения своих прав²⁵. Хотя государства в рамках права на здоровье являются первичными носителями обязательств, у них есть и сопутствующее обязательство обеспечивать, чтобы негосударственные субъекты, такие как агентства по найму и работодатели, привлекались к ответственности за нарушения прав трудящихся-мигрантов на здоровье.

²⁰ КЭСКП, замечание общего порядка № 18 (2006), посвященное праву на труд, пункт 54.

²¹ A/HRC/20/15, пункт 35.

²² CARAM Asia, *From Voices to Actions: Empowering Migrant Communities through Participatory Action Research* (2009), p. 60.

²³ ИОМ, Thailand Mission, *Healthy Migrants, Healthy Thailand: A migrant health program model* (2009), p. 87, см. http://publications.iom.int/bookstore/free/Healthy_Migrants_Healthy_Thailand.pdf

²⁴ Brahm Press (Raks Thai Foundation), *Migrant's Health and Vulnerability to HIV/AIDS in Thailand* (n.d.), p. 28, размещено по адресу http://ns4439.ukserverhosting.net/dmdocuments/Migrant_health_and_HIV_vulnerability_in_Thailand_phamit.pdf.

²⁵ КЛРД, общая рекомендация № 30, пункт 18.

17. Подотчетность подразумевает наличие эффективной системы регулирования с независимыми механизмами во всех секторах занятости для осуществления прав и контроля за соблюдением норм. Строгий контроль обеспечит прозрачность и предотвратит эксплуатацию, тайный сговор, а также неправомерное обращение со стороны агентств по найму, работодателей и органов власти²⁶.

18. Направляющие и принимающие государства должны также обеспечить правовую защиту посредством квазисудебных или судебных механизмов, чтобы дать трудящимся-мигрантам возможность оградить свои права от посягательств государственных и негосударственных субъектов. В случае нарушений права на здоровье государства должны также предоставлять надлежащие средства правовой защиты путем компенсации, реституции или гарантий неповторения. К подобным средствам правовой защиты должны также относиться и временные меры, такие как обеспечение убежища для работающих в качестве домашней прислуги мигрантов, которые стали жертвами неправомерного обращения.

III. Конкретные вопросы

A. Обязательства государств на этапе подготовки к отъезду

Доступ к информации

19. Успех в деле осуществления права на здоровье в полном объеме в значительной мере зависит от обязательства государства обеспечивать наличие и доступность значимой информации для поддержки процесса принятия решений в отношении миграции. Кроме того, потенциальным трудящимся-мигрантам необходимо предоставлять информацию, особенно об их правах, для того чтобы они могли защитить себя от возможного неправомерного обращения и эксплуатации со стороны субъектов, занятых в миграционном процессе.

20. Информация о затратах, возникающих в процессе миграции, агентствах по найму, условиях труда в принимающих странах и практическая информация о них, сведения о потенциальных опасностях и выгодах миграции в определенную страну, рисках, связанных с миграцией и трудоустройством, а также способах сведения их к минимуму должны предоставляться до того, как человек решается мигрировать²⁷. Потенциальных мигрантов следует также информировать о принципах и правилах принимающих государств, таких как обязательное медицинское освидетельствование, правах на доступ к медицинским услугам и непосредственно о доступе к ним. Общепринятые методы распространения подобной информации включают в себя опубликование предупреждений, публикацию на веб-сайтах и в газетах²⁸ списка лицензированных и внесенных в черный список агентств, а также проведение информационных кампаний в СМИ²⁹.

21. В некоторых странах ближе ко времени отъезда для трудящихся-мигрантов проводится ознакомительный инструктаж, для того чтобы подгото-

²⁶ Migrant Forum in Asia, *Labour Recruitment to the UAE: Gaps between policy and practice in Sri Lanka, Nepal, Bangladesh, and the Philippines* (2011).

²⁷ ILO, *Protecting the Rights of Migrant Workers: A Shared Responsibility* (2009), p. 7.

²⁸ Philippines Overseas Employment Administration, *Status of Recruitment Agencies*, размещено по адресу <http://www.poea.gov.ph/cgi-bin/aglist.asp?mode=all>.

²⁹ Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, *Information Campaigns on Safe Migration and Pre-Departure training* (2008), p. 22.

вить их к жизни в принимающем государстве³⁰ и работе на их месте занятости³¹. Во время этого инструктажа трудящиеся-мигранты должны получить простую для понимания информацию об их правах, уходе за здоровьем, например о методах предотвращения передачи инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ, а также сведения о медицинских учреждениях, имеющихся в принимающих странах. Ознакомительный инструктаж, проводимый до отъезда мигрантов, очень важен для того, чтобы проинформировать трудящихся-мигрантов об их правах в отношении принимающего государства и работодателя³². Ознакомительный инструктаж необходим также для того, чтобы предоставить информацию о механизмах правовой защиты (например, консульской защите), доступных в случаях неправомерного обращения, эксплуатации или других нарушений прав³³. Государства должны гарантировать точность и уместность сведений, предоставляемых в ходе ознакомительных инструктажей, включая те, которые проводятся частными агентствами.

22. Необходимо поощрять возвращающихся трудящихся-мигрантов и организации, работающие с трудящимися-мигрантами, проводить обучающие и ознакомительные занятия, с тем чтобы отбывающие трудящиеся-мигранты знали о том, с чем они скорее всего столкнутся в принимающих государствах, а также располагали информацией о механизмах правовой защиты, доступных в случаях неправомерного обращения, эксплуатации и в других тяжелых ситуациях³⁴. Однако из-за того, что зачастую трудящиеся-мигранты посещают ознакомительный инструктаж лишь накануне отъезда³⁵, им не хватает времени, чтобы проанализировать полученную информацию. Поэтому ознакомительный инструктаж и обучающие занятия следует готовить и проводить таким образом, чтобы трудящиеся-мигранты максимально точно поняли всю информацию. По прибытии также необходимо проводить ознакомительные инструктажи, на которых информация, полученная на занятиях до отъезда, будет уточняться и помещаться в необходимый контекст, что поможет трудящимся-мигрантам обосноваться в принимающих государствах³⁶.

Регулирование деятельности агентств по найму

23. Государства обязаны защищать право на здоровье отдельных лиц от вмешательства третьих сторон. Агентства по найму, которые по большей части представлены частными компаниями, обычно являются первым местом, куда обращаются низкоквалифицированные трудящиеся-мигранты, многие из которых являются неграмотными и малоимущими, в рамках официального миграционного процесса. Агентства за определенную плату предоставляют трудящимся-мигрантам информацию о возможностях трудоустройства, об условиях

³⁰ Farooq Azam, "Public Policies to Support International Migration in Pakistan and the Philippines", Arusha Conference, *New Frontiers of Social Policy* (12-15 December 2005).

³¹ A.K. Masud Ali, *Pre-departure Orientation Programme: Study of Good Practices in Asia, A comparative Study of Bangladesh, the Philippines and Sri Lanka* (n.p., n.d.), p. 88.

³² ILO, *Multilateral Framework on Labour Migration: Non-binding principles and guidelines for a rights-based approach to labour migration* (2006), guideline 12.

³³ *Ibid.*, guideline 12.8.

³⁴ IOM, *Migrant Resource Centres, An Initial Assessment*, IOM Migration Research Series No. 40, (2010), размещено по адресу http://publications.iom.int/bookstore/free/MRS_40.pdf.

³⁵ A.K. Masud Ali, *Pre-departure Orientation Programme*, p. 104 (см. примечание 31).

³⁶ Farooq Azam, *Public Policies to Support International Migration*, p. 107 (см. примечание 30); ILO, *Multilateral Framework on Labour Migration*, guidelines 12.1-12.2 (см. примечание 32).

жизни и труда в принимающих государствах. Они подготавливают также необходимые для миграции документы и тем самым играют ключевую роль, помогая трудящимся-мигрантам пройти через важные этапы миграционного процесса³⁷. Зависимость от агентств по найму может поставить трудящихся-мигрантов в уязвимое положение с точки зрения эксплуатации и неправомерного обращения, что обуславливает необходимость регулирования деятельности агентств по найму со стороны направляющих государств.

24. Государства должны обеспечивать мониторинг и подотчетность агентств по найму, что является одним из важнейших аспектов защиты права трудящихся-мигрантов на здоровье. Государства могут контролировать деятельность агентств по найму при помощи законодательства, обеспечивая соблюдение агентствами обязательных лицензионных требований, а также обеспечивая регулярную отчетность и независимый мониторинг и контроль³⁸. Мониторинг также необходим для того, чтобы не позволить нелегальным агентствам по найму выйти на рынок и начать эксплуатировать трудящихся-мигрантов³⁹.

25. Чтобы предотвратить эксплуатацию, государства должны гарантировать, чтобы в договоре найма были прописаны такие пункты, как определяющие факторы состояния здоровья, включая гигиену труда, доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам, а также компенсация за травмы или смерть в связи с трудовой деятельностью и механизмы урегулирования споров⁴⁰.

26. Некоторые государства запрещают агентствам по найму предлагать услуги работников или целого класса работников, например домашней прислуги, тем странам или работодателям, которые постоянно лишают мигрантов достаточного времени для отдыха, полноценного питания, медицинского обслуживания и сна⁴¹. Однако в силу того, что это может привести к поиску мигрантами более опасных путей для трудоустройства за границей, направляющие государства должны гарантировать, чтобы двусторонние соглашения с принимающими государствами обеспечивали наличие эффективных правоприменительных механизмов и защиту от злоупотреблений и эксплуатации.

27. Государства должны обеспечивать, чтобы у трудящихся-мигрантов был доступ к средствам правовой защиты, включая компенсацию, в случаях, когда агентства по найму оказываются причастны к нарушению прав или когда их деятельность не соответствует требованиям национального законодательства или политики государства⁴².

³⁷ Dovelyn Rannveig Agunias, *Migration's Middlemen: Regulating Recruitment Agencies in the Philippines - UAE Corridor*, (2010).

³⁸ Комитет по защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (КТМ), замечание общего порядка № 1 (2010) о трудящихся-мигрантах, работающих в качестве домашней прислуги, пункт 34; МОТ, Руководство для частных агентств занятости: *Регулирование, контроль и исполнение* (2007 год), стр. 13.

³⁹ Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ), МОТ, МОМ, *Руководство по разработке эффективной политики в области трудовой миграции в странах происхождения и назначения* (2006 год).

⁴⁰ МОТ, Руководство для частных агентств занятости, стр. 26 (см. примечание 38); Farooq Azam, *Public Policies to Support International Migration*, p. 11 (см. примечание 30).

⁴¹ Philippines Commission on Audit, *Sectoral Performance Audit Report on the Overseas Workers' Welfare Program of the Government (CYs 2005 and 2006)* (Quezon City, 2008), pp. 24–25, см. www.coa.gov.ph/GWSPA/GWSPA.html.

⁴² ILO, *Multilateral Framework on Labour Migration*, guideline 10 (см. примечание 32).

В. Иммиграционная политика

28. Как направляющие, так и принимающие государства должны обеспечивать соблюдение таких мер иммиграционной политики, как обязательное медицинское освидетельствование, задержание и депортация, особенно когда они прописаны в двусторонних соглашениях между государствами. Подобная иммиграционная политика, включая аспекты, прописанные в двусторонних соглашениях, должна соответствовать обязательству государств (как направляющих, так и принимающих) уважать, защищать и осуществлять право трудящихся-мигрантов на здоровье.

Обязательное медицинское освидетельствование

29. Многие принимающие государства в рамках своей иммиграционной политики требуют, чтобы трудящиеся-мигранты проходили обязательные медицинские проверки на ВИЧ⁴³, туберкулез⁴⁴ и беременность⁴⁵. Хотя довольно многие страны смягчили связанные с ВИЧ ограничения на поездки, обязательная проверка на ВИЧ для предоставления вида на жительство и разрешения на работу⁴⁶, особенно в отношении низкоквалифицированных трудовых мигрантов⁴⁷, продолжает действовать более чем в 40 странах. Это положение сохраняется, несмотря на обязательство государств ввести в действие законодательство, устраняющее все формы дискриминации лиц, живущих с ВИЧ⁴⁸, и рекомендации об отмене обязательных освидетельствований трудящихся-мигрантов⁴⁹.

30. Правомерность обязательных проверок мотивируется защитой и сохранением здоровья населения и ресурсов в принимающем государстве⁵⁰. Однако обязательные проверки, особенно на ВИЧ, не только контрпродуктивны с точки зрения здравоохранения, но и нарушают право на здоровье. Обязательные медицинские проверки не учитывают период иммунологического окна, который необходим для точности теста⁵¹. Кроме того, в случае ложноотрицательных результатов люди могут вступать в незащищенные половые связи, подвергая сво-

⁴³ ILO Sub-regional Office for East Asia and IOM, *Mandatory HIV testing for employment of migrant workers in eight countries of South-East Asia: From discrimination to social dialogue*, (2009), размещено по адресу <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1758-2652-13-2.pdf>.

⁴⁴ John Welshman and Alison Bashford, "Tuberculosis, migration, and medical examination: lessons from history," *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, No. 4 (April 2006), pp. 282-284.

⁴⁵ United Nations Development Programme (UNDP), *HIV Vulnerabilities of Migrant Women: from Asia to the Arab States, Shifting from silence, stigma and shame to safe mobility with dignity, equity and justice* (2008), p. 32.

⁴⁶ UNAIDS, HIV-related restriction on entry, stay and residence (July 2012), размещено по адресу http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120724CountryList_TravelRestrictions_July2012.pdf; Jeffrey V. Lazarus and others, "HIV-related restrictions on entry, residence and stay in the WHO European Region: a survey", *Journal of the International AIDS Society*, vol. 13, No. 2 (January 2010).

⁴⁷ Joseph J. Amon and Katherine Wiltenburg Todrys, "Fear of Foreigners: HIV-related restrictions on entry, stay, and residence", *Journal of the International AIDS Society*, vol. 11, No. 8 (December 2008).

⁴⁸ Резолюция 65/277 Генеральной Ассамблеи, пункт 79.

⁴⁹ См. МОТ, Рекомендация 2010 года о ВИЧ и СПИДе и сфере труда (Рекомендация № 200).

⁵⁰ Richard Coker, "Migration, public health and compulsory screening for TB and HIV", *Asylum and Migration Working Paper I* (Institute for Public Policy Research, 2003).

⁵¹ См. A/64/272.

их сексуальных партнеров более высокому риску заражения⁵². Ложноположительные результаты с учетом стигматизации, которая связана с определенными заболеваниями, могут нанести трудящимся-мигрантам психологическую травму. Кроме того, поскольку иммиграция из направляющего государства и нахождение в принимающем государстве зависят от этих освидетельствований, трудящиеся-мигранты могут избегать прохождения тестирования, подделывать документы и даже прекращать лечение⁵³, тем самым утаивая информацию о болезни. К тому же обязательные проверки не гарантируют защищенность от передачи инфекционных заболеваний уже после въезда трудящихся-мигрантов в принимающее государство.

31. Обязательное тестирование также противоречит праву на здоровье, так как проводится без осознанного согласия и ущемляет права на автономию, неприкосновенность частной жизни, достоинство и конфиденциальность медицинской информации⁵⁴. Ограничения в отношении реализации права на здоровье и осознанного согласия, в том числе по соображениям охраны здоровья населения, должны основываться на научно установленных фактах, представлять собой наименее ограничительную доступную альтернативу и строиться на уважении человеческого достоинства, прав и свобод⁵⁵.

32. В некоторых случаях, даже если в направляющих государствах это запрещено законом, отбывающие трудящиеся-мигранты могут быть подвергнуты обязательным проверкам, так как принимающее государство может потребовать проведения проверки в качестве условия выдачи разрешения на работу⁵⁶. Политика принимающих государств, требующая прохождения обязательных проверок исключительно от прибывающих трудовых мигрантов, может быть еще более дискриминационной, если от находящихся в сходной ситуации иностранных граждан, таких как туристы и даже дипломаты⁵⁷, проведение обязательных медицинских проверок не требуется.

33. Помимо этого, результаты тестов передаются работодателям или агентствам по найму без согласия трудящихся-мигрантов⁵⁸, что нарушает требования конфиденциальности и противоречит международным рекомендациям⁵⁹. Кроме того, протоколы консультаций до или после проведения проверок могут не соблюдаться, даже если этого требует законодательство⁶⁰. Тем не менее правозащитный подход к праву на здоровье предполагает рассмотрение консультаций,

⁵² Phillip Nieburg and others, "Moving Beyond the U.S. Government Policy of Inadmissibility of HIV-Infected Noncitizens", A Report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS (March 2007), p. 6.

⁵³ Irving E. Salit and others, "Travel patterns and risk behaviour of HIV-positive people travelling internationally", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, No.7 (March 2005), pp. 884-888.

⁵⁴ A/64/272.

⁵⁵ Там же, пункты 30–31.

⁵⁶ ILO and IOM, *Mandatory HIV testing*, p. 55 (см. примечание 43).

⁵⁷ John Welshman and Alison Bashford, "Tuberculosis, migration, and medical examination", p. 282 (см. примечание 44); Immigration New Zealand, "General Medical Certificate", размещено по адресу <http://www.immigration.govt.nz/NR/rdonlyres/DE431E92-0ADE-4B5F-81F9-18DF08E5B2EA/0/INZ1007November2012.pdf>.

⁵⁸ ACHIEVE and CARAM, *Health at Stake: Access to Health of Overseas Filipino Workers*, 2005 Report (2006), p. 16.

⁵⁹ WHO, UNAIDS, *Guidelines for using HIV Testing Technologies in Surveillance: Selection, Evaluation and Implementation* (2001), документ WHO/CDS/CSR/EDC/2001.16-UNAIDS/01.22E.

⁶⁰ CARAM Asia, *State of Health of Migrants 2007: Mandatory testing* (2007), p. 41.

добровольного тестирования и лечения в качестве полного цикла медицинских услуг⁶¹. Положение трудящихся-мигрантов, чьи результаты теста на ВИЧ положительны, может оставаться неурегулированным, что делает их более уязвимыми перед лицом злоупотреблений со стороны работодателей и снижает их шансы на получение доступа к медицинской помощи. В случаях беременности женщины могут прибегнуть к рискованному нелегальному аборту, чтобы избежать депортации⁶². Кроме того, обязательные проверки ведут к стигматизации тех, чья депортация была обусловлена положительными результатами теста.

Задержание и депортация

34. Принимающие государства часто используют соображения охраны здоровья населения как повод для задержания и депортации трудящихся-мигрантов с такими заболеваниями, как ВИЧ, гепатит С или гепатит В⁶³. При увязке иммиграционной политики с состоянием здоровья требования права на здоровье, сопряженные с конфиденциальностью, консультированием и направлением на лечение, не учитываются.

35. Для того чтобы рассматриваться как исключение в сфере здравоохранения, ограничения должны быть предусмотрены законом, должны быть строго необходимы, по возможности рассчитаны на самый короткий срок, основаны на научных фактах и должны представлять собой наименее ограничительную доступную альтернативу. Поскольку помимо задержания существуют менее ограничительные, не связанные с лишением свободы меры, на законодательном уровне следует поощрять изоляцию как альтернативу задержанию⁶⁴ и использовать ее в качестве крайней меры, в особенности в случаях инфекционных заболеваний⁶⁵.

36. Центры принудительного содержания часто переполнены, в них не соблюдаются элементарные санитарно-гигиенические требования, отсутствуют полноценное питание и питьевая вода. Их описывают как места злоупотреблений и насилия в отношении трудящихся-мигрантов⁶⁶. Длительное содержание под стражей и плохие условия жизни в таких центрах увеличивают риск передачи инфекционных заболеваний и могут нанести значительный урон психическому здоровью трудящихся-мигрантов⁶⁷. Также сообщается об отсутствии в некоторых центрах медицинских услуг, затрудненности доступа к ним и их низком качестве, что вызывает особую обеспокоенность в отношении трудящихся-

⁶¹ A/64/272, пункт 93.

⁶² Human Rights Watch (HRW), *Singapore - Maid to Order: Ending Abuses against Migrant Domestic Workers in Singapore*, vol. 17, No. 10 (C) (December 2005), p. 92.

⁶³ Sevil Sönmez and others, "Human rights and health disparities for migrant workers in the UAE", *Health and Human Rights*, vol. 13, No. 2 (2011); UNAIDS, *The impact of HIV-related restrictions on entry, stay and residence: an annotated bibliography* (2009), p. 5.

⁶⁴ A/HRC/13/30, пункты 52–61; Inter-American Court of Human Rights, *Vélez Loor v. Panama*, judgement of 23 November 2010; A/HRC/20/24, стр. 4.

⁶⁵ WHO, "Guidance on human rights and involuntary detention for XDR-TB control" (2007).

⁶⁶ International Federation for Human Rights and Suara Rakyat Malaysia, "Undocumented migrants and refugees in Malaysia: Raids, Detention and Discrimination, No. 489/2 (March 2008); HRW, *Ukraine - On the Margins: Rights Violations against Migrants and Asylum Seekers at the New Eastern Border of the European Union* (November 2005).

⁶⁷ A/HRC/14/20/Add.4, пункт 92; Cathy Zimmerman, Ligia Kiss and Mazedda Hossain, "Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making", *PLOS Medicine*, vol. 8, No. 5 (May 2011), pp.1-6.

мигрантов, находящихся в этих центрах из-за состояния здоровья⁶⁸. Трудящиеся-мигранты, живущие с ВИЧ, сталкиваются со стигматизацией и преследованиями в результате отсутствия конфиденциальности в центрах принудительного содержания⁶⁹. Те государства, которые по-прежнему применяют задержание иммигрантов, должны по меньшей мере гарантировать задержанным надлежащие условия жизни, проведение медицинских обследований с их согласия и оперативный и свободный доступ к качественным и конфиденциальным услугам по поддержанию физического и психического здоровья⁷⁰.

37. Возможность задержания и депортации препятствует обращению трудящихся-мигрантов за медицинской помощью⁷¹, что может поставить под угрозу их здоровье и здоровье целых групп населения, что, таким образом, ставит под сомнение целесообразность задержаний и депортации. Кроме того, работодатели могут злоупотребить законами, предусматривающими задержание и депортацию, для эксплуатации трудящихся-мигрантов⁷². Вероятность задержания и депортации делает трудящихся-мигрантов более уязвимыми и лишает их возможности пользоваться правом на здоровье и его основополагающими предпосылками. Для осуществления права трудящихся-мигрантов на здоровье государствам следует попытаться разработать альтернативную политику в области задержаний, которая бы лучше согласовывалась с правом на здоровье⁷³. К тому же без направления на консультацию и лечение депортированные трудящиеся-мигранты могут столкнуться с трудностями в доступе к медицинским учреждениям, товарам и услугам уже после возвращения в направляющее государство.

C. Доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам

Дискриминация

38. Обеспечение наличия, доступности, приемлемости и качества медицинских учреждений, товаров и услуг на недискриминационной основе, особенно для уязвимых групп населения, таких как трудящиеся-мигранты, является одним из основных обязательств государства в соответствии с правом на здоровье. Недопущение дискриминации требует, чтобы трудящиеся-мигранты с урегулированным и неурегулированным статусом имели те же свободы и права, что и граждане государств. Однако ограничительные иммиграционные предписания и общественное мнение о трудовых мигрантах как о "недостойных", в особенности о тех из них, чей статус не урегулирован, диктуют условия доступа к здравоохранению во многих принимающих государствах⁷⁴. На волне гло-

⁶⁸ HRW, *Discrimination, Denial and Deportation, Human Rights Abuses Affecting Migrants Living with HIV*, (June 2009).

⁶⁹ HRW, *United States - Chronic Indifference: HIV/AIDS Services for Immigrants Detained by the United States* vol. 19, No. 5 (G) (December 2007).

⁷⁰ Резолюция 43/173 Генеральной Ассамблеи, приложение, принципы 24–25.

⁷¹ FACHC, *Farmworkers in the Southeast: Alabama, Florida, Georgia, Mississippi* (November 2011), размещено по адресу <http://www.fachc.org/pdf/Farmworkers%20in%20the%20Southeast.pdf>.

⁷² HRW, *For a Better Life: Migrant Worker Abuse in Bahrain and the Government Reform Agenda* (October 2012).

⁷³ Lutheran Immigration and Refugee Service, *Unlocking liberty: A way forward for U.S. immigration detention policy* (n.d.).

⁷⁴ Sarah Willen, "Migration, "illegality" and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness", *Social Science & Medicine*, vol. 74, Iss. 6 (March 2012) pp. 805–811.

бального экономического кризиса и сопутствующих мер жесткой экономии государства ввели ограничения на ранее доступные трудящимся-мигрантам медицинские услуги⁷⁵. Такие ограничения противоречат обязательству государств воздерживаться от принятия регрессивных мер, влияющих на здравоохранение.

39. Кроме того, требуется обеспечить справедливое распределение объектов, товаров и услуг здравоохранения, для того чтобы наиболее уязвимые группы населения не были несоразмерно обременены финансовыми расходами. К сожалению, во многих государствах дискриминационные законы наносят существенный ущерб здоровью главным образом трудящихся-мигрантов, особенно с неурегулированным статусом⁷⁶. Даже там, где работодатели по закону обязаны обеспечивать медицинское страхование, оно может покрывать только базовые услуги и может ненадлежащим образом контролироваться властями⁷⁷. Вследствие этого трудящиеся-мигранты вынуждены оплачивать медицинские расходы, включая экстренную помощь, по расценкам, которые в некоторых случаях абсолютно несоразмерны их доходам⁷⁸.

40. Принцип недискриминационного доступа нарушается в случае, если трудящимся-мигрантам с неурегулированным статусом отказывают в доступе к неэкстренным медицинским услугам. В частности, психические заболевания редко рассматривают как проблему, требующую безотлагательного медицинского решения⁷⁹. Такие упущения ведут к появлению неприемлемых пробелов в обеспечении трудящихся-мигрантов с неурегулированным статусом минимальными гарантиями в области здравоохранения⁸⁰. Кроме того, отказ в доступе к медицинской помощи, до тех пор пока не возникнет неотложная ситуация, противоречит праву на здоровье и здравому смыслу⁸¹, так как влечет за собой долгосрочные финансовые издержки, равно как и долговременный ущерб здоровью как отдельных трудящихся-мигрантов, так и общества в целом.

41. Политика, которая связывает доступ к системе здравоохранения с иммиграционным контролем, дискриминирует мигрантов с неурегулированным статусом. В некоторых странах от медицинских работников под угрозой уголовного наказания требуют докладывать о мигрантах с неурегулированным статусом в иммиграционную службу⁸², что может привести к задержанию и депортации. Поэтому, вместо того чтобы обращаться за медицинской помощью в официальные инстанции⁸³, мигранты с неурегулированным статусом прибегают к небезо-

⁷⁵ IOM, "Health in the Post-2015 Development Agenda: The importance of migrants' health for sustainable and equitable development", Position paper (2012), p. 4.

⁷⁶ Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM), *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe* (2007), p. 7.

⁷⁷ CARAM Asia, Submission to CMW for the development of a general comment on migrant domestic workers (28 August 2002), p. 5.

⁷⁸ PICUM, *Access to Health Care*, p. 8 (см. примечание 76).

⁷⁹ Ibid., p. 9.

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Anahi Viladrich, "Beyond welfare reform: Reframing undocumented immigrants' entitlement to health care in the United States, a critical review", *Social Science & Medicine*, vol. 74, Iss. 6 (March 2012), p. 824.

⁸² PICUM, *Access to Health Care*, p. 45 (см. примечание 76).

⁸³ Heide Castañeda, "Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic", *Social Science & Medicine*, vol. 68, Iss. 8 (2009), p. 1559; IRIN, "South Africa: Migrants' health care hit by deportations", (Johannesburg, 20 December 2011), размещено по адресу <http://www.irinnews.org/Report/94511/SOUTH-AFRICA-Migrants-health-care-hit-by-deportations>.

пасным и незаконным вариантам. Данное обстоятельство делает их уязвимыми перед лицом злоупотреблений, эксплуатации и повышает риски для здоровья.

Административные барьеры

42. Право на здоровье обязывает государства защищать трудящихся-мигрантов от негосударственных субъектов, которые ограничивают их доступ к медицинским услугам. Трудящимся-мигрантам часто отказывают в медицинских услугах, особенно в специализированных консультационных услугах, на основе имущественного ценза, а иногда даже из-за незаполненных бумаг⁸⁴. Административные барьеры, связанные с неопределенным правовым статусом трудящихся-мигрантов, часто лишают их доступа к медицинской помощи⁸⁵. Кроме того, такие проблемы, как ограниченные часы работы или предельное количество обрабатываемых заявок⁸⁶, также могут быть барьерами для доступа к медицинским услугам.

Языковые и культурные барьеры

43. Подход, основанный на праве на здоровье, требует того, чтобы государства с учетом культурных особенностей распространяли информацию, связанную со здоровьем, среди мигрантов как с урегулированным, так и с неурегулированным статусом и повышали уровень их образования в данной области. Тем не менее имеющие антииммигрантскую направленность меры жесткой экономии в некоторых государствах привели к сокращению субсидий для медицинских учреждений на услуги устного и письменного перевода⁸⁷. Недостаточное знание местного языка может поставить трудящихся-мигрантов в неблагоприятное положение, поскольку они могут оказаться не в состоянии достаточно описать свои симптомы, что не позволит поставить правильный диагноз и провести качественное лечение⁸⁸. Кроме того, неспособность трудящихся-мигрантов понимать информацию, связанную со здоровьем, и повышать уровень своего образования в данной области может привести к тому, что они будут неосознанно подвергать свое здоровье опасности самим своим образом жизни. Поэтому государствам следует выделять финансовые ресурсы на медицинские услуги на соответствующем языке, устных переводчиков, а также на информацию и образование.

44. На поведение трудящихся-мигрантов, когда им необходима медицинская помощь, могут влиять их культурные особенности. Непонимание другой культуры и боязнь процедур, которые чужды их традициям и культуре, действуют как барьеры, ограничивающие доступ к услугам здравоохранения⁸⁹. Поэтому трудящиеся-мигранты могут предпочесть тех врачей, которые практикуют их

⁸⁴ Richard Mines and others, *Pathways to Farmworker Health Care*, Case Study No. 1: The East Coachella Valley, A baseline report of the Agricultural Worker Health Initiative (California Institute for Rural Studies, September 2002), pp. 20-21; Médecins du Monde, European Observatory on Access to Healthcare, *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European Countries* 2008 Survey report (September 2009), p. 69.

⁸⁵ PICUM, *Access to Health Care*, p. 8 (см. примечание 76).

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ ИОМ, "Health in the Post-2015 Development Agenda", p. 4 (см. примечание 75).

⁸⁸ Solidaritas Perempuan, *State of Health of Indonesian Migrant Workers: Access to Health of Indonesian Migrant Workers*, 2005 Report (2006).

⁸⁹ European Health Management Association, "Barriers to Healthcare Services for Migrants", Policy Seminar Report (n.d.), размещено по адресу <http://www.ehma.org/files/A2%20report-migrants.pdf>.

родные традиционные методы лечения и которые лучше понимают их болезни, а не работников медицины в их принимающем государстве, которые, как они считают, недостаточно чувствительны в культурном отношении к их проблемам со здоровьем, а иногда являются расистами, и поэтому дискриминируют их⁹⁰.

Прерывание лечения

45. Обеспечение непрерывного доступа к лечению и медикаментам на недискриминационной основе имеет решающее значение для осуществления права на здоровье. Миграционные процессы и стрессы могут подвергнуть трудящихся-мигрантов повышенному риску заражения инфекционными заболеваниями, в частности ВИЧ⁹¹. Поэтому необходимо следить за тем, чтобы непрерывное лечение было доступным для этих социальных групп на протяжении всего процесса. Случаи прерывания лечения, отсутствия последующего наблюдения за больным и безуспешной терапии регистрируются чаще среди мигрантов, чем среди представителей местного населения⁹². Некоторые государства приняли региональные соглашения, такие как Иbero-американская конвенция о социальном обеспечении⁹³, и двусторонние соглашения о социальном обеспечении⁹⁴ с целью создать условия для "мобильности" социального обеспечения, в том числе пособий по здравоохранению, между направляющими и принимающими государствами, что позволяет трудящимся-мигрантам получать эти пособия независимо от их иммиграционного статуса. Государствам рекомендуется принять на вооружение подобные подходы в отношении доступа к лечению для хронических заболеваний, таких как ВИЧ, с тем чтобы максимально улучшить показатели по соблюдению врачебных предписаний как в направляющих, так и в принимающих государствах.

D. Грязные, опасные и унижительные виды работ и гигиена труда

46. Гигиена труда является неотъемлемой составляющей права на здоровье. Государствам следует сделать так, чтобы законы и политика в области гигиены труда были направлены на преодоление особых факторов уязвимости трудовых мигрантов, занятых на грязных, опасных и унижительных (ГОУ) работах, а также обеспечить осуществление, мониторинг и применение этих законов и политики⁹⁵. Уязвимость трудящихся-мигрантов на ГОУ-работах может быть еще больше, если речь идет о трудящихся-мигрантах с неурегулированным статусом, так как из-за своего правового статуса они находятся в еще более слабом положении в деле отстаивания своих прав перед работодателями⁹⁶. Кроме того, ненадлежащее применение законов и такие механизмы, как системы поручи-

⁹⁰ Ibid., pp. 24-26.

⁹¹ UNDP and Secretariat of the Pacific Community, *Migration, Mobility and HIV: A rapid assessment of risks and vulnerabilities in the Pacific*, (April 2010), pp. 10-12.

⁹² Médecins Sans Frontières, *Providing antiretroviral therapy for mobile populations: Lesson learned from cross border ARV Programme in Musina, South Africa* (July 2012), p. 6, размещено по адресу http://www.msfaaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/AIDS_report_ARTformobilepops_ENG_2012.pdf.

⁹³ Конвенция вступила в силу в 2011 году после ее ратификации семью государствами.

⁹⁴ Robert Holzmann, Johannes Koettl and Taras Chernetsky, "Portability Regimes of Pension and Health Care Benefits for International Migrants: An Analysis of Issues and Good Practices", Social Protection Discussion Paper No. 0519, (May 2005), p. 4.

⁹⁵ См. A/HRC/20/15, пункт 5.

⁹⁶ Godfrey Kanyenze, "African migrant labour situation in Southern Africa", Paper presented at the ICFTU-AFRO conference on Migrant Labour, Nairobi, 15-17 March 2004.

тельства в некоторых странах, поощряют эксплуатацию⁹⁷. Поручительство привязывает разрешение мигранта на работу к одному определенному работодателю, а в некоторых государствах поручительство дает работодателю право отказывать трудящемуся-мигранту в просьбе о переходе к другому работодателю (потребность в таком переходе может возникнуть из-за неблагоприятных или небезопасных условий работы)⁹⁸.

Строительные работы

47. Строительные работы по определению являются опасными, потому что включают в себя работу на строительных лесах и незаконченных конструкциях, а также использование мощных машин и оборудования. Наряду с тем, что падения среди трудящихся-мигрантов являются более распространенным явлением⁹⁹, они также часто получают травмы рук при использовании электрических инструментов и повреждения глаз при попадании строительных материалов в незащищенные зрительные органы¹⁰⁰. В жарком климате особую обеспокоенность вызывают такие проблемы, как тепловые удары, истощение, обезвоживание организма и сердечные заболевания, особенно среди тех, кто вынужден работать сверхурочно¹⁰¹. Кроме того, физическое насилие со стороны работодателей, проживание в переполненных помещениях и антисанитарных условиях, невыплаты заработной платы, изъятие паспортов и подмена договоров еще больше увеличивают риски для здоровья, возникающие при строительных работах¹⁰².

48. Проведение практического обучения и предоставление защитного снаряжения являются необходимыми мерами для осуществления права на здоровые условия труда. Мигранты, занятые в строительстве, зачастую идут на строительные объекты, не имея достаточной подготовки или соответствующего защитного снаряжения, в частности страховочных канатов при работе на высоте¹⁰³. Помимо этого, инструкции могут составляться, а обучение может проводиться на непонятном для трудящегося-мигранта языке, что может приводить к более серьезным производственным травмам и летальным исходам среди трудящихся-мигрантов¹⁰⁴.

⁹⁷ HRW, *Building a Better World Cup: Protecting Migrant Workers in Qatar ahead of FIFA 2022* (2012), p. 6; Simona M. Gallo Mosala, "The Work Experience of Zimbabwean Migrants in South Africa", Issues Paper No. 33, (ILO Sub-Regional Office for Southern Africa, 2008), p. 23.

⁹⁸ HRW, *Slow Movement: Protection of Migrants' Rights in 2009* (December 2009), p. 8.

⁹⁹ Xiuwen Dong and James W. Platner, "Occupational fatalities of Hispanic construction workers from 1992 to 2000", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 45, Iss. 1 (January 2004), pp. 50-51.

¹⁰⁰ Sevil Sönmez and others, "Human rights and health disparities", p. 5 (см. примечание 63).

¹⁰¹ Ibid., p. 4.

¹⁰² HRW, *Slow Movement*, p. 8 (см. примечание 98); HRW, *Эксплуатация трудовых мигрантов в российском строительном секторе* (2009 год); HRW, *United Arab Emirates. "The Island of Happiness": Exploitation of Migrant Workers on Saadiyat Island, Abu Dhabi* (2009); A/HRC/14/30, пункты 44 и 49.

¹⁰³ HRW, *Building a Better World Cup*, pp. 4 and 68 (см. примечание 97); Xiuwen Dong and James W. Platner "Occupational fatalities", p. 48 (см. примечание 99).

¹⁰⁴ Marc B. Schenker, "A Global Perspective of Migration and Occupational Health", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, No. 4 (April 2010), p. 331; Manuel Carballo, Jose Julio Divino, Damir Zeric, "Migration and health in the European Union", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, No. 12 (1998), p. 939.

49. Государства обязаны обеспечивать для трудящихся-мигрантов средства правовой защиты и возмещение ущерба в случае нарушения их права на гигиену труда¹⁰⁵. Тем не менее трудящимся-мигрантам, в особенности трудящимся-мигрантам с неурегулированным статусом, компенсации по страхованию здоровья или системам возмещения ущерба часто не предоставляют¹⁰⁶. Кроме того, преобладание субподрядных соглашений в строительной отрасли лишает работников страхового покрытия, которое в иных условиях доступно¹⁰⁷. Для серьезно травмированных работников принудительная или добровольная репатриация может означать снижение стандартов медицинского обслуживания и невозможность привлечения к ответственности носителей обязательств в принимающих государствах.

Сельскохозяйственные работы

50. Сельскохозяйственные работы сопряжены с особыми производственными рисками. Например, воздействие пестицидов и других сельскохозяйственных химикатов связано с повышенными уровнями стресса¹⁰⁸, депрессией, неврологическими проблемами и выкидышами¹⁰⁹. Тяжелая и монотонная ручная работа создает также огромную нагрузку на организм с сопутствующими рисками травм костно-мышечной системы. Подобные риски должны устраняться в законодательном порядке с помощью имеющих исковую силу законов о гигиене и охране труда, а также механизмов правовой защиты.

51. Как и в случае других видов ГОУ-работ, неофициальные договоренности и выпадение из сферы действия законов о труде, гигиене и охране труда представляют собой в сельскохозяйственной сфере обычное явление, что почти не дает мигрантам, занятым в этой отрасли, возможности обговаривать условия труда и проживания, необходимые для содействия осуществлению их права на здоровье¹¹⁰. Неадекватные и антисанитарные условия проживания, нехватка продовольствия, неполная выплата заработной платы и ненормированный рабочий день у мигрантов, занятых на сельскохозяйственных работах¹¹¹, увеличивают риски заболеваний и производственных травм, уменьшая при этом их возможности доступа к услугам здравоохранения. В некоторых регионах у мигрантов, трудящихся на сельскохозяйственных работах, была зафиксирована высокая уязвимость к ВИЧ, обусловленная недостаточным доступом к информации и знаниям о ВИЧ, недоступностью и редким применением презервативов, прак-

¹⁰⁵ A/HRC/20/15, пункт 59.

¹⁰⁶ HRW, *United Arab Emirates. Building Towers, Cheating Workers: Exploitation of Migrant Construction Workers in the United Arab Emirates*, vol. 18, No. 8 (E) (November 2006), p. 49; Lori A. Nessel, "Disposable Workers: Applying a Human Rights Framework to Analyze Duties Owed to Seriously Injured or Ill Migrants", *Indiana Journal of Global Legal Studies*, vol. 19, Iss.1 (2012), p. 62.

¹⁰⁷ HRW, *Эксплуатация трудовых мигрантов в российском строительном секторе* (см. примечание 102); Marc B. Schenker, "A Global Perspective", p. 331 (см. примечание 104).

¹⁰⁸ Jennifer Griffin and Varda Soskolne, "Psychological distress among Thai migrant workers in Israel", *Social Science & Medicine*, vol. 57, Iss. 5 (September 2003), p. 773.

¹⁰⁹ Ann E. Hiott and others, "Migrant Farmworker Stress: Mental Health Implications", *Journal of Rural Health*, vol. 24, no. 1 (2008), pp. 32-39.

¹¹⁰ Amnesty International (AI), *Exploited Labour: Migrant Workers in Italy's Agricultural Sector* (2012), p. 16.

¹¹¹ Ibid.; Kristen Borre, Luke Ertle y Mariaelisa Graff, "Working to Eat: Vulnerability, Food Insecurity, and Obesity among Migrant and Seasonal Farmworker Families", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, N° 4 (2010), p. 444.

тики добровольной сдачи анализов и низким качеством услуг здравоохранения¹¹².

52. Даже в тех случаях, когда компенсация и медицинское страхование для работников доступны, трудящиеся-мигранты с неурегулированным статусом в сельскохозяйственном секторе меньше знают о своих правах¹¹³ и поэтому вряд ли будут притязать на свои права и на получение медицинской помощи. Это свидетельствует о необходимости предоставления как направляющими, так и принимающими государствами трудящимся-мигрантам в сельскохозяйственном секторе доступной и полной информации о правах на медицинскую помощь, страхование и трудовую компенсацию.

53. Трудности, с которыми часто сталкиваются трудящиеся-мигранты при получении доступа к медицинскому обслуживанию, усугубляются для сельскохозяйственных работников их высокой мобильностью, обусловленной сезонным характером работ и проживанием в сельских или отдаленных районах. Медицинский центр для членов общины и мигрантов является успешной моделью оказания физически и экономически доступных услуг здравоохранения сельскохозяйственным работникам-мигрантам. Центры, программы и услуги которых ориентированы на работу с мобильным многокультурным населением, располагают обширным арсеналом инструментов: мобильными клиниками, общинными медработниками, системами направления пациентов, механизмом оказания услуг в нерабочее время, проектами по ликвидации неграмотности. Залогом успеха таких центров является участие общин, и в соответствии с установленным требованием совет управляющих на 51% представлен членами общины¹¹⁴.

Работа в качестве домашней прислуги

54. Из 52,6 млн. трудящихся-мигрантов, работающих в качестве домашней прислуги по всему миру, значительную часть составляют женщины¹¹⁵. Такая занятость обеспечивает трудящимся женщинам-мигрантам материальную и социальную независимость; на долю женщин, работающих в качестве домашней прислуги, приходится 7,5% всей заработной платы, получаемой женщинами в мире¹¹⁶. Однако труд домашней прислуги во многом недооценивается и находится в серой зоне скрытой неформальной экономики домохозяйства, что усиливает гендерное неравенство в деле доступа к основополагающим предпосылкам здоровья, включая достойные условия труда¹¹⁷.

55. Дискриминация и предубеждения, основанные на гендерной и этнической принадлежности и социально-экономическом положении, переплетаются друг с другом, что становится источником хронического стресса и делает трудящихся-мигрантов, работающих в качестве домашней прислуги, крайне уяз-

¹¹² ИОМ, *Briefing Note on HIV and Labour Migration in Mozambique*, (n.d.), p. 4, размещено по адресу http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/events/docs/Briefing_Notes_HIV_Mozambique.pdf.

¹¹³ Don Villarejo and others, "The Health of California's Immigrant Hired Farmworkers", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, (2010), p. 395.

¹¹⁴ Candace Kugel and Edward Zuroweste, "The State of Health Care Services for Mobile Poor Populations: History, Current Status and Future Challenges", *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 21, № 2 (May 2010), pp. 421-429.

¹¹⁵ МОТ, Положение домашних работников в мире: Глобальная и региональная статистика и степень правовой защиты (2013 год), стр. 39.

¹¹⁶ Там же, стр. 2.

¹¹⁷ КТМ, замечание общего порядка № 1, пункты 25–26.

вимой и маргинализованной группой¹¹⁸. По причине уязвимости, изолированности и зависимости трудящихся-мигрантов, работающих в качестве домашней прислуги, в их отношении совершается ряд нарушений¹¹⁹, которые препятствуют осуществлению ими права на здоровье и его основные предпосылки. В число таких нарушений входит лишение пищи и сна, отказ в медицинской помощи, убогие условия жизни, невыплаты заработной платы, ненормированный рабочий день (что повышает риск несчастных случаев) и психологическое, физическое и сексуальное насилие¹²⁰. У трудящихся-мигрантов, работающих в качестве домашней прислуги, были также выявлены сердечно-сосудистые, эндокринные и кожные заболевания, а также заболевания опорно-двигательного аппарата и психические расстройства, в отдельных случаях приведшие к смерти, в том числе к самоубийству¹²¹.

56. Трудящиеся-мигранты, работающие в качестве домашней прислуги, часто исключаются из сферы действия существующего в принимающем государстве национального трудового законодательства и гарантий социальной защиты, в том числе медицинского страхования¹²², или же охватываются ими недостаточно. Системы поручительства, долги, языковые барьеры, боязнь подвергнуться аресту, задержанию или депортации и отсутствие эффективных средств правовой защиты в случае нарушений прав в той или иной степени накладываются друг на друга в различных принимающих государствах, усугубляя систематическую эксплуатацию трудящихся-мигрантов, работающих в качестве домашней прислуги¹²³, и жестокое обращение с ними. Положение некоторых трудящихся-мигрантов было охарактеризовано как "современное рабство"¹²⁴. Для того чтобы гарантировать осуществление права на здоровье, государства обязаны решить проблему особой уязвимости трудящихся-мигрантов, работающих в качестве домашней прислуги, в рамках законов, касающихся труда, его гигиены и охраны и социальной защиты.

57. Специальный докладчик с удовлетворением отмечает принятие в 2011 году Международной организацией труда (МОТ) Конвенции № 189 о достойном труде для домашних работников и Рекомендации № 201, в которых подробно излагаются требования по защите от домогательств и насилия, по гигиене и охране труда, требования к заключению письменных договоров и к защите тру-

¹¹⁸ E/CN.4/2004/76, пункт 26; Maria Theresa Ujano-Batangan, *Women and Migration: The Mental Health Nexus: A research on Individual and Structural Determinants of Stress and Mental Health Problems of Filipino Women Migrant Domestic Workers* (Quezon City, ACHIEVE, 2011), p. 32.

¹¹⁹ КТМ, замечание общего порядка № 1, пункт 7.

¹²⁰ E/CN.4/2004/76, пункты 25–35; A/HRC/14/30, пункт 30; CARAM Asia, *Reality Check: Rights & Legislation for Migrant Domestic Workers Across Asia* (2011); ILO, "Decent work for domestic workers", Report IV (1) (August 2010); HRW, *Singapore - Maid to Order*, pp. 35–36 (см. примечание 62).

¹²¹ Sevil Sönmez and others, "Human rights and health disparities", p. 6 (см. примечание 63); OHCHR, "Saudi Arabia: UN experts outraged at beheading of a Sri Lankan domestic worker", Press release (11 January 2013), размещено по адресу <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=12922&LangID=E>.

¹²² МОТ, Положение домашних работников в мире (см. примечание 115); Комитет по защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей, замечание общего порядка № 1, пункты 18–24.

¹²³ КТМ, замечание общего порядка № 1, пункт 7.

¹²⁴ Sevil Sönmez and others, "Human rights and health disparities", p. 3 (см. примечание 63); Nisha Varia, "Sweeping Changes?" A Review of Recent Reforms on Protections for Migrant Domestic Workers in Asia and the Middle East", *Canadian Journal of Women and the Law*, vol. 23, No. 1 (2011), p. 272.

дящихся, предусмотренной трудовым законодательством. Это логически развивает положения замечания общего порядка № 1 (2010) о трудящихся-мигрантах, работающих в качестве домашней прислуги, Комитета по защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей, где уязвимости трудящихся-мигрантов, работающих в качестве домашней прислуги, на различных стадиях миграции уделяется особое внимание. Применение этих положений на практике усилило бы защищенность трудящихся-мигрантов, работающих в качестве домашней прислуги, на всех этапах миграционного процесса и тем самым создало бы благоприятные условия для выполнения обязательства по обеспечению права на здоровье.

Оказание сексуальных услуг

58. Государства обязаны уважать, защищать и обеспечивать право на здоровье трудящихся-мигрантов, вовлеченных в сферу сексуальных услуг, независимо от того, являются ли они жертвами торговли людьми. Трудящиеся-мигранты, вовлеченные в сферу сексуальных услуг, подвергаются сильной стигматизации, поскольку оказание сексуальных и сопряженных с ними услуг во многих странах может квалифицироваться как уголовное преступление. Профессиональные риски для здоровья работников сферы сексуальных услуг включают в себя непропорционально высокий риск заражения ВИЧ и иными болезнями, передаваемыми половым путем, насилия, а часто и изнасилования¹²⁵. Криминализация усиливает дискриминацию, стигматизацию и насилие в отношении работников сферы сексуальных услуг¹²⁶ и препятствует их доступу к медицинской помощи, что ведет к ухудшению состояния их здоровья¹²⁷. В сочетании с ксенофобией при отсутствии механизма защиты и возмещения вреда криминализация может стать оправданием домогательств, запугивания и насилия в отношении трудящихся-мигрантов в сфере сексуальных услуг, особенно со стороны правоохранительных органов¹²⁸. Характером данного занятия мотивируется также обязательное обследование на ВИЧ и иные инфекционные заболевания¹²⁹. Кроме того, торговцы людьми могут воспользоваться незаконностью оказания сексуальных услуг и миграции, для того чтобы оказывать практически полное влияние на работников сферы сексуальных услуг и иметь неправомерный контроль над ними¹³⁰.

59. Угроза ареста, задержания и депортации, обусловленная иммиграционным статусом, еще сильнее сужает доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам, особенно для занятых в секс-индустрии транссексуалов, которые на родине могут столкнуться с жестокой дискриминацией и насилием¹³¹. Многие страны плохо понимают медицинские потребности трудящихся-мигрантов, вовлеченных в сферу сексуальных услуг, в результате чего политика, проводимая в их отношении, не отвечает их потребностям и умаляет их право на здоровье. Например, тот факт, что наличие при себе презерватива рассматривается как доказательство причастности к преступной деятельности, со-

¹²⁵ A/HRC/14/20, пункт 36.

¹²⁶ TAMPEP International Foundation, *Sex Work, Migration, Health: A report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration and health in Europe* (2009), p. 10.

¹²⁷ A/HRC/14/20, пункт 36.

¹²⁸ HRW, *Sex Workers at Risk: Condoms as Evidence of Prostitution in Four US Cities* (2012).

¹²⁹ *Ibid.*, p. 47.

¹³⁰ Kamala Kempadoo, "Globalizing Sex Workers' Rights", *Canadian Woman Studies/Les Cahiers de La Femme*, vol. 22, Nos. 3-4 (Spring/Summer 2003), p. 145.

¹³¹ HRW, *Sex Workers at Risk*, p. 22 (см. примечание 128).

пряженной с оказанием сексуальных услуг, ведет к тому, что все больше трудящихся-мигрантов, занятых в этой сфере, отказываются от ношения с собой презервативов, что выливается в рискованное сексуальное поведение и высокую подверженность ВИЧ и иным передающимся половым путем заболеваниям¹³².

60. В целях обеспечения недискриминационного доступа к услугам здравоохранения как в законодательном порядке, так и на практике государствам необходимо декриминализировать оказание взрослым лицом по обоюдному согласию сторон услуг сексуального характера, принять и ввести в действие законы, расширяющие трудовые права, а также права в отношении гигиены и охраны труда и сферу охвата доступной медицинской помощи с особым акцентом на трудящихся-мигрантах, вовлеченных в сферу сексуальных услуг и не имеющих урегулированного статуса.

61. Для того чтобы гарантировать должный подход к решению возможных проблем со здоровьем, которые испытывают трудящиеся-мигранты, вовлеченные в сферу сексуальных услуг, требуется привлекать к разработке и реализации на практике законов и программ в сфере здравоохранения и к сбору детализированных данных самих мигрантов¹³³. Меры по обеспечению конфиденциальности и благоприятной среды для добровольного тестирования, лечения, обращения за помощью и консультирования, направленные на просвещение работников секс-индустрии в отношении прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, включая предотвращение передачи ВИЧ, а также меры по борьбе с маргинализацией таких работников гармонично вписываются в рамки эпидемиологических исследований и концептуальных основ права на здоровье¹³⁴.

Е. Психическое здоровье

62. Обеспечение своевременного, приемлемого и недискриминационного доступа к информации и услугам по профилактике, лечению и реабилитации психического здоровья составляет часть нормативного содержания права на здоровье. Стандартное навешивание ярлыков и непросвещенность в отношении психических расстройств¹³⁵ в сочетании с ограниченным доступом трудящихся-мигрантов к медицинским учреждениям, товарам и услугам ведут к тому, что их психическим здоровьем часто пренебрегают.

63. Миграция сопряжена с серьезным стрессом, обусловленным коренными изменениями культурной, социальной и окружающей среды индивида. Ее влияние на состояние психического здоровья будет различным ввиду различий в личном опыте и в отдельных характеристиках индивидов, таких как возраст,

¹³² Ibid.

¹³³ H. Yang and others, "Workplace and HIV-related sexual behaviours and perceptions among female migrant workers", *AIDS Care*, vol. 17, no. 7 (October 2005), pp. 819-833, UNAIDS, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work* (2009); A/HRC/14/20, para. 36.

¹³⁴ Agnes Binagwaho and others, "Developing human rights-based strategies to improve health among female sex workers in Rwanda", *Health and Human Rights*, vol. 12, No. 2 (2010); IOM and UNAIDS, *Assessment of Mobility and HIV Vulnerability among Myanmar Migrant Sex Workers and Factory Workers in Mae Sot District, Tak Province, Thailand* (2007), pp. 26-27.

¹³⁵ E/CN.4/2005/51.

гендерная принадлежность, состояние здоровья, культурный контекст и условия организации миграции¹³⁶.

64. В принимающих государствах на состояние психического здоровья трудящихся-мигрантов влияют следующие факторы: иммиграционный статус, социальное отчуждение, условия проживания и труда, возможность общения с семьей, интеграция в общество и доступ к услугам здравоохранения¹³⁷. Миграция может также приводить к возникновению симптомов депрессии у оставшихся в направляющем государстве членов семей трудящихся-мигрантов¹³⁸. Стигматизация, маргинализация и дискриминация укоренились в социальной модели общества, и трудящиеся-мигранты, особенно те из них, кто не обладает урегулированным статусом, подвергаются им регулярно¹³⁹. Как направляющим, так и принимающим государствам следует заняться решением вопросов, сопряженных с психологическими и социальными издержками миграции, которые несут трудящиеся-мигранты и члены их семей на всех этапах миграционного процесса. Государствам следует также вкладывать средства в программы социальной поддержки с участием самих трудящихся-мигрантов для преодоления негативных последствий социального отчуждения, тоски по дому и давления со стороны семьи¹⁴⁰.

65. Для трудящихся-мигрантов, занятых на опасной, унижающей достоинство или грязной работе, дополнительным источником стресса становится профессиональный риск; относительно мигрантов, работающих в сельском хозяйстве, было установлено, что нахождение в контакте с пестицидами вызывает у работников тревожность, депрессию, раздражительность и беспокойство¹⁴¹. Для трудящихся, работающих в качестве домашней прислуги, профессиональными рисками являются изоляция и психологические травмы, причиненные неправомерным обращением¹⁴², в то время как случаи самоубийств среди трудящихся, занятых в строительстве, сопряжены с чрезвычайно тяжелыми условиями работы¹⁴³. Риск развития психического заболевания, равно как и получения физической травмы может быть снижен путем эффективного ввода в действие и успешной практической реализации законов, регламентирующих условия труда, его гигиену и охрану.

¹³⁶ Nazilla Khanlou, "Migrant mental health in Canada", *Canadian Issues/Thèmes canadiens*, (Summer 2010), pp. 9-16; Fang Gong and others, "A life course perspective on migration and mental health among Asian immigrants: The role of human agency", *Social Science & Medicine*, vol. 73, Iss. 11 (2011), pp. 1618-1626.

¹³⁷ H.B.M. Murphy, "Migration, culture and mental health", *Psychological Medicine*, vol. 7, no. 4 (1977), pp. 677-684; D. Bhugra, "Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 111, No. 2 (2005), pp. 84-93; Lorena de los Angeles Núñez Carrasco, *Living on the Margins: Illness and Healthcare among Peruvian Migrants in Chile* (2008), p. 162.

¹³⁸ Yao Lu, "Household migration, social support, and psychosocial health: The perspective from migrant sending areas", *Social Science & Medicine*, vol. 74, Iss. 2 (January 2012), p. 141.

¹³⁹ Ian Meyer, "Prejudice as Stress: Conceptual and Measurement Problems", *American Journal of Public Health*, vol. 93, No. 2 (February 2003), pp. 262-265.

¹⁴⁰ Laura Simich and others, "Providing Social Support for Immigrants and Refugees in Canada: Challenges and Directions", *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 7, No. 4 (October 2005), p. 260.

¹⁴¹ J. Mearns, J. Dunn and P.R. Lees-Haley, "Psychological effects of organophosphate pesticides: A review and call for research by psychologists", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 50, No. 2 (March 1994), pp. 286-293.

¹⁴² Maria Theresa Ujano-Batangan, *Women and Migration*, p. 22 (см. примечание 118).

¹⁴³ Sevil Sönmez and others, "Human rights and health disparities", p. 5 (см. примечание 63).

66. Из-за недостаточного государственного финансирования психиатрических услуг¹⁴⁴ симптомы психологических расстройств могут остаться без лечения или получить неправильное лечение. В случаях, когда консультации или психосоциальная помощь могут быть более целесообразными, прописываются лекарства¹⁴⁵. Даже там, где психиатрическая помощь доступна, имеют место случаи недоиспользования услуг и преждевременного отсева среди мигрантов, в том числе трудящихся-мигрантов¹⁴⁶. Постоянный страх подвергнуться депортации также может стать причиной стресса¹⁴⁷ и оттолкнуть трудящихся от обращения в психиатрические учреждения и использования имеющихся медицинских товаров и услуг.

67. Чтобы предупреждение и лечение психических заболеваний были эффективными, согласно концепции права на здоровье, от принимающего государства требуется принять меры по определению и отслеживанию факторов, вызывающих стресс, и обеспечить недискриминационный доступ к приемлемым, качественным и недорогостоящим услугам психосоциальной и психиатрической помощи. Направляющим государствам также следует обеспечить доступ к вспомогательным услугам, оказываемым посольствами и консульствами, и убедиться, что уезжающие трудящиеся-мигранты осознают потенциальное влияние миграции на психическое здоровье и знают, как получить психиатрическую помощь в принимающем государстве.

68. Благодаря ориентированным на иммигрантов стратегиям в области здравоохранения, которые фокусируются на услугах, связанных с лингвистическими и культурными особенностями, доступ мигрантов к психиатрическим услугам расширился¹⁴⁸. Общинные медицинские работники, чутко относящиеся к культурным и лингвистическим особенностям, также могут сыграть важную роль благодаря своему пониманию факторов, определяющих психическое здоровье трудящихся-мигрантов, в соответствии с правом на здоровье¹⁴⁹.

69. Что касается вернувшихся трудящихся-мигрантов, то отсутствие психосоциальных услуг может привести к полному игнорированию проблем, связанных с их психическим здоровьем. При признании факта эксплуатации трудящихся-мигрантов или применении в их отношении насилия в определенных секторах или странах направляющим государствам следует принимать меры для эффективного решения проблем, связанных с их психическим здоровьем. Необходимо разрабатывать, осуществлять и контролировать такие стратегии по согласованию с вернувшимися трудящимися-мигрантами.

¹⁴⁴ E/CN.4/2005/51, пункт 64.

¹⁴⁵ Heide Castañeda, "Illegality as risk factor", p. 1559 (см. примечание 83).

¹⁴⁶ Francis Sanchez and Albert Gaw, "Mental Health Care of Filipino Americans", *Psychiatric Services*, vol. 58, No. 6 (June 2007), p. 815.

¹⁴⁷ UC Davis Center for Reducing Health Disparities, *Building Partnerships: Conversations with Latina/o migrant workers about mental health needs and community strengths* (March 2009), p. 7, размещено по адресу http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/BP_Migrant_Workers.pdf.

¹⁴⁸ Todd P. Gilmer and others, "Initiation and Use of Public Mental Health Services by Persons with Severe Mental Illness and Limited English Proficiency", *Psychiatric Services*, vol. 58, No. 12 (December 2007), p. 1561.

¹⁴⁹ Leda Perez and Jacqueline Martinez, "Community Health Workers: Social Justice and Policy Advocates for Community Health and Well-Being", *American Journal of Public Health*, vol. 98, No. 1 (January 2008), pp. 11-14.

Е. Женщины и сексуальное и репродуктивное здоровье

70. Государствам следует провести гендерный анализ в целях определения и преодоления факторов уязвимости трудящихся женщин-мигрантов, обусловленных различными биологическими и социокультурными факторами, влияющими на их здоровье. Женщины составляют значительную часть трудящихся-мигрантов, но из-за гендерного неравенства часто более уязвимы с точки зрения здоровья¹⁵⁰. Из-за бедности, семейных обязанностей и препятствий в области образования и доступа к информации женщины становятся более уязвимыми перед отъездом, причем в некоторых регионах насилие в отношении женщин широко распространено во время перемещения¹⁵¹. Систематическая эксплуатация и насилие в неформальных отраслях, где в основном работают женщины-мигранты, например при выполнении работы по дому или в секс-индустрии, вызваны уязвимостью женщин в процессе миграции и усиливают такую уязвимость.

71. Домашнее и сексуальное насилие, отсутствие механизма возмещения ущерба за нарушения прав и меньшая по сравнению с мужчинами заработная плата отражают дискриминацию по гендерному признаку и усугубляют ее негативное влияние на систему здравоохранения и общий доступ трудящихся-мигрантов к медицинским услугам¹⁵². Кроме того, неравные возможности, обусловленные гендерными факторами, и проблемы с доступом к медицинским услугам, информации и механизмам возмещения ущерба влияют на способность женщин, особенно работающих в секс-индустрии, оговаривать безопасные сексуальные отношения, что, в свою очередь, повышает их уязвимость перед ВИЧ¹⁵³. В этой связи направляющим и принимающим государствам следует принять меры по решению проблемы особой уязвимости трудящихся женщин-мигрантов, в частности с неурегулированным статусом, путем разработки и осуществления мер и стратегий в области здравоохранения, основанных на четких показателях и широком участии.

72. Согласно концепции права на здоровье, государства должны обеспечить доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам, особенно для уязвимых групп населения, в частности для трудящихся-женщин. При предоставлении медицинских услуг, информации и образования должны учитываться особые потребности женщин, например потребности в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая доступ к контрацептивным средствам и к законному и безопасному прерыванию беременности, и должно уделяться внимание особо уязвимой группе трудящихся-мигрантов, не обладающих высокой квалификацией, независимо от иммиграционного статуса.

¹⁵⁰ Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), общая рекомендация № 26 по вопросу о трудящихся женщинах-мигрантах, пункт 5; Gloria Moreno-Fontes Chammartin, "Female migrant workers' situation in the labour market (ILO, 2006), размещено по адресу http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/unfpa_newyork_report_2006.pdf.

¹⁵¹ ИОМ, *Migration and Health in SADC: A review of the literature* (2010), p. 19.

¹⁵² КЛДЖ, общая рекомендация № 26, пункт 2.

¹⁵³ Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), *Народонаселение мира в 2006 году, Путь к воплощению надежды: Женщины и международная миграция* (2006 год), стр. 43–44; Kenda Crozier, Pleumjit Chotiga and Michael Pfeil, "Factors influencing HIV screening decisions for pregnant migrant women in South-East Asia", *Midwifery* (2012), p. 1, размещено по адресу <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.013>.

73. Некоторые государства депортируют трудящихся женщин-мигрантов, когда их обязательное медицинское обследование на беременность показывает положительный результат¹⁵⁴. Такие женщины могут также стать еще более уязвимыми как в направляющих, так и в принимающих государствах из-за стигматизации незамужних беременных женщин, распространенной во многих обществах¹⁵⁵. Сообщается, что в некоторых направляющих государствах практикуется принудительная инъекционная контрацепция перед отъездом¹⁵⁶. Такая практика ущемляет права на неприкосновенность частной жизни, осознанное согласие, конфиденциальность, достоинство и недискриминацию и выступает фактором, препятствующим поиску помощи в органах полиции или здравоохранения¹⁵⁷.

74. Более высокие показатели аборт среди трудящихся-мигрантов связаны с низким уровнем осведомленности о доступе к методам контрацепции и услугам по планированию семьи и сопряженными с этим социально-экономическими барьерами¹⁵⁸. В странах, где разрешен аборт, но запрещена беременность трудовых мигрантов, в результате наблюдается неравный доступ к законным услугам в области репродуктивного здоровья из-за опасения потерять работу или подвергнуться депортации, что ведет к рискованным запоздалым обращениям к врачу и небезопасным абортам¹⁵⁹. Там, где аборт является незаконным, еще одной причиной небезопасных абортов является угроза уголовного преследования¹⁶⁰.

75. Для женщин, у которых подошел срок родов в принимающем государстве, сложности с доступом к акушерской, предродовой, послеродовой и материнской помощи и необходимой в этой связи информации¹⁶¹ могут привести к неблагоприятным последствиям для здоровья как женщины, так и ребенка, в том числе к преждевременным родам, рождению ребенка с пониженной массой тела, врожденным порокам и к перинатальной, детской и материнской смертности¹⁶². Напротив, было установлено, что стратегии, поощряющие социальную интеграцию сообщества мигрантов, смягчают для женщин-мигрантов неблагоприятные последствия, связанные с беременностью¹⁶³. Установление 14-недельного отпуска по беременности и родам, требуемого Конвенцией об охране материнства, или распространение на трудящихся женщин-мигрантов

¹⁵⁴ HRW, *Singapore - Maid to Order*, p. 90 (см. примечание 62).

¹⁵⁵ Ibid., стр. 93; A/64/272, пункт 75.

¹⁵⁶ HRW, *Sri Lanka/Middle East - Exported and Exposed: Abuses against Sri Lankan Domestic Workers in Saudi Arabia, Kuwait, Lebanon, and the United Arab Emirates*, Vol. 19, No. 16 (C) (November 2007), p. 38.

¹⁵⁷ A/66/254; Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), общая рекомендация № 26 по вопросу о трудящихся женщинах-мигрантах, пункт 18.

¹⁵⁸ ЮНФПА, *Народонаселение мира в 2006 году*, стр. 41 (см. примечание 153).

¹⁵⁹ HRW, *Singapore - Maid to Order*, pp. 90-91 (см. примечание 62).

¹⁶⁰ ИОМ, *HIV and Bangladeshi Women Migrant Workers: An assessment of vulnerabilities and gaps in services* (2012), p. 39.

¹⁶¹ Gail Webber and others, "Facilitators and barriers to accessing reproductive health care for migrant beer promoters in Cambodia, Laos, Thailand and Vietnam: A mixed methods study", *Globalization and Health*, vol. 8, No. 21 (July 2012).

¹⁶² Paola Bollini and others, "Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature", *Social Science & Medicine*, vol. 68, Iss. 3 (2009), p. 456; Manuel Carballo, Jose Julio Divino, Damir Zeric, "Migration and health in the European Union", p. 938 (см. примечание 104).

¹⁶³ Paola Bollini and others, "Pregnancy outcome of migrant women", p. 456 (см. примечание 163).

таких же прав на этот отпуск, что и для граждан¹⁶⁴, помогло бы сделать медицинскую помощь и медицинские услуги в связи с беременностью доступными и соответствующими праву на здоровье.

IV. Выводы и рекомендации

76. **Подход к трудящимся-мигрантам с точки зрения права на здоровье восполняет пробелы в существующих системах защиты трудящихся-мигрантов и их семей и усиливает предусмотренные в них механизмы защиты. Он обеспечивает трудящимся-мигрантам необходимые гарантии благодаря признанию того, что трудящиеся-мигранты и граждане определенного государства обладают равными правами, не подлежащими ограничениям. Для осуществления права на здоровье трудящихся-мигрантов Специальный докладчик рекомендует направляющим и принимающим государствам принять следующие меры:**

а) выработать в интересах трудящихся-мигрантов с урегулированным и неурегулированным статусом национальную политику в области здравоохранения, основанную на четких показателях и учитывающую гендерные факторы и концепцию права на здоровье, в частности принципы недискриминации и равенства. Такая практика должна расширять права и возможности, включая факторы, определяющие здоровье, и механизмы возмещения в случаях нарушения прав трудящихся-мигрантов;

б) создать трудовые коридоры путем заключения обязательных двусторонних соглашений в соответствии с концепцией права на здоровье, которые четко определяют права трудящихся-мигрантов, обязательства агентств по найму, работодателей и государств, а также средства правовой защиты, включая компенсацию в случае нарушения прав, согласно праву на здоровье;

в) поощрять сбор дезагрегированных данных в разбивке по возрасту и гендерной принадлежности всех трудящихся-мигрантов, чтобы оценить уровень их знаний о здоровье, медицинские потребности и производственные травмы и случаи смерти, включая суицид, и соответствующим образом корректировать политику в отношении трудящихся-мигрантов. Такая информация должна быть защищена надлежащими механизмами защиты данных, чтобы обеспечить ее неприкосновенность и конфиденциальность;

г) предоставлять потенциальным трудящимся-мигрантам информацию об их правах, особенно о праве на здоровье, а также об агентствах по найму, работодателях и государствах, механизмах возмещения и защиты в случае неправомерного обращения;

е) регулировать работу агентств по найму с помощью законов, которые препятствуют незаконному найму и предусматривают механизмы строгого контроля и подотчетности;

ф) защищать трудящихся-мигрантов от неправомерного обращения со стороны агентств по найму и работодателей путем обеспечения того, чтобы трудовые договоры соответствовали праву на здоровье и имели исковую силу;

¹⁶⁴ МОТ, Конвенция об охране материнства, 2000 (№ 183), статья 4.

g) упразднить дискриминационные меры иммиграционной политики, которые требуют обязательного обследования состояния здоровья, например на выявление ВИЧ и беременности, и которые не основаны на точных научно установленных фактах и нарушают право на здоровье;

h) устранить увязку между доступом к медицинским учреждениям, товарам и услугам и правовым статусом трудящихся-мигрантов и обеспечить наличие и доступность учреждений, товаров и услуг, связанных с профилактикой, лечением и экстренной медицинской помощью, для всех трудящихся-мигрантов, в том числе мигрантов с неурегулированным статусом, без какой-либо дискриминации. Государствам следует прилагать усилия для предотвращения прерывания лечения трудящихся-мигрантов и устранения барьеров на пути к получению медицинской помощи, в том числе лингвистических, культурных, административных и связанных с трудовыми отношениями;

i) обеспечить доступ к психиатрическим учреждениям, товарам и услугам, включая группы социальной поддержки и программы воссоединения семей, для всех трудящихся-мигрантов, в том числе мигрантов с неурегулированным статусом и вернувшихся трудящихся-мигрантов;

j) распространить действие существующих национальных законов в области труда, гигиены труда и безопасности, программ социального страхования и других механизмов защиты на все категории трудящихся-мигрантов, включая домашнюю прислугу, работников секс-индустрии и мигрантов с неурегулированным статусом;

k) обеспечить защиту трудящихся-работников, особенно тех, кто работает на опасных производствах, от неправомерного обращения и эксплуатации со стороны работодателей путем создания доступных механизмов возмещения ущерба и компенсации в случае нарушения прав;

l) не допускать задержания и депортацию трудящихся-мигрантов на основе их состояния здоровья и в первую очередь обеспечивать предоставление таким трудящимся-мигрантам медицинской помощи и лечения. Как минимум государствам следует обеспечить, чтобы трудящихся-мигрантов не депортировали без лечения или в государства, где необходимое лечение недоступно или невозможно;

m) не допускать задержания и депортацию трудящихся-мигрантов с неурегулированным статусом и, напротив, урегулировать их пребывание, основываясь на объективных критериях, с тем чтобы защитить их от эксплуатации и обеспечить полное осуществление права на здоровье;

n) поощрять учреждение ассоциаций и профсоюзов трудящихся-мигрантов, чтобы обеспечить эффективную представленность и участие трудящихся-мигрантов, включая мигрантов с неурегулированным статусом и вернувшихся трудовых мигрантов, в разработке, осуществлении, мониторинге и обеспечении соблюдения законов и политики, включая информационно-пропагандистские и информационно-справочные программы, проведение инструктажей перед отъездом и деятельность групп социальной поддержки.