खाड़ी में काम कर रही बेटी का शव देश में लौटने पर एक नेपाली मां, जून, 2020, त्रिभुवन अंतर्राष्ट्रीय हवाई अड्डा, काठमांडू, नेपाल।
© नारायण महार्जन / नूरफोटो / Getty Images

कार्यकारी सारांश

तेल से समृद्ध छह खाड़ी देशों - बहरीन, कुवैत, ओमान, कतर, सऊदी अरब और संयुक्त अरब अमीरात (यूएई) - की अर्थव्यवस्थाएँ भारत, नेपाल, पाकिस्तान, बांग्लादेश, श्रीलंका और फ़िलीपीन्स जैसे एशियाई देशों से आए, और बेहद कम वेतन पाने वाले, प्रवासी श्रमिकों पर निर्भर हैं। ये श्रमिक घरेलू सेवा से लेकर आतिथ्य और निर्माण जैसे क्षेत्रों में काम करते हैं। अंतर्राष्ट्रीय मीडिया में, विशेष रूप से 2022 विश्व कप की मेज़बानी के लिए कतर की तैयारी के संबंध में, प्रवासी श्रमिकों के व्यवस्थित शोषण और अत्याचार की व्यापक आलोचना के बावजूद, खाड़ी देश संरचनात्मक श्रम सुधार करने से परहेज करते हैं; वहीं प्रवासी श्रमिकों के मूल देश भी अपने नागरिकों की विदेश में उचित सुरक्षा सुनिश्चित करने में असमर्थ रहे हैं। मूल देशों को बाहरी प्रवास से मिलने वाला कथित लाभ, दक्षिण एशियाई व दक्षिण-पूर्व एशियाई भर्ती उद्योग में निहित स्वार्थ, और खाड़ी देशों का अपने आर्थिक व राजनीतिक उत्तोलन का प्रभावी उपयोग, वो बड़े कारण हैं जिनसे इस बात को समझा जा सकता है कि मूल देशों ने कभी सामूहिक रूप से अपने श्रमिकों की बेहतर सुरक्षा की मांग क्यों नहीं उठाई। हालाँकि अधिकार समूहों, ट्रेड यूनियनों, शिक्षाविदों और मीडिया ने इन श्रमिकों के साथ किए जाने वाले गंभीर दुर्व्यवहारों, और उनके लिए ज़िम्मेदार कानूनों, नीतियों व प्रथाओं की पहचान करते हुए कई दस्तावेज लिखे हैं, लेकिन शोध के इस निकाय में कई रिक्तियाँ हैं: जैसे कोई यह नहीं जानता कि इनमें से कितने श्रमिकों की मृत्यु हो रही है, या किन कारणों से ये मौतें हो रही हैं।
यह परियोजना इन सवालों के जवाब देने की कोशिश करती है और खाड़ी देशों में कम वेतन पर काम करने वाले प्रवासी श्रमिकों के स्वास्थ्य व जीवन की बेहतर सुरक्षा तथा बेवजह मारे गए श्रमिकों के परिवारों के लिए मुआवजा सुनिश्चित करवाने हेतु नीतियों का प्रस्ताव पेश करती है। परियोजना कि इस प्रारंभिक रिपोर्ट के साथ 2022 और 2023 में विषय अनुसार दो विस्तृत रिपोर्टें जारी होंगी। पहली रिपोर्ट का उद्देश्य है इस विषय पर वर्तमान में हम जो कुछ भी जानते हैं उसका एक सामान्य अवलोकन प्रस्तुत करना।

कम वेतन पाने वाले प्रवासी श्रमिकों के स्वास्थ्य पर जोखिमों का संचयी असर

अरब खाड़ी के देशों में लगभग 3 करोड़ प्रवासी हैं, जो कुल मिला कर क्षेत्र की 5.8 करोड़ जनसंख्या का 52% हैं।[1] इन प्रवासियों का एक बड़ा हिस्सा - लगभग 70 से 80% - खाड़ी देशों की अर्थव्यवस्थाओं के कम वेतन वाले क्षेत्रों में काम करता है।

खाड़ी देशों में कम वेतन पाने वाले प्रवासी श्रमिकों का शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य जोखिमों के अधीन है। ये जोखिम कार्यस्थल, आवास व आस-पड़ोस सहित उनकी रहने की स्थितियों, और पर्यावरण से उत्पन्न

1. यह आँकड़ा संयुक्त राष्ट्र के डिपार्टमेंट ऑफ़ इकनॉमिक एंड सोशल अफ़ेर्ज़ से लिया गया है।

होते हैं। इन जोखिमों की गंभीरता में कई अंतर हैं; और अपने-अपने तरीक़े से सभी प्रकार के जोखिम अल्प-शोधित हैं व इन पर रिपोर्टिंग भी बहुत कम हुई है। कुछ जोखिम बाक़ियों की तुलना में बेहतर तरीक़े से मापे जा सकते हैं, लेकिन वे संचयी होते हैं, और जब वे इकट्ठे असर डालते हैं (जैसा कि वे अक्सर करते हैं), तो उनके प्रभाव घातक होते हैं।

गर्मी और आर्द्रता वे जोखिम हैं जिन्हें सबसे आसानी से मापा जा सकता है, और जहां सुरक्षा का सबसे स्पष्ट रूप से अभाव है। कुवैत में शोधकर्ताओं ने 2020 में पाया था कि गैर-कुवैती पुरुष गर्म तापमान के कारण "दोगुना या तिगुना ज़्यादा मृत्यु दर का जोखिम"[2] झेल रहे हैं। 2019 में प्रकाशित एक शोध में कतर में काम करने वाले नेपाली प्रवासी श्रमिकों की मौत और गर्मी के बीच एक संबंध (को-रिलेशन) पाया गया था।[3] न्यूयॉर्क विश्वविद्यालय की प्रोफेसर नताशा इस्कंदर ने कतर में निर्माण स्थलों पर अनुसंधान किया और श्रमिकों पर गर्मी के प्रभाव को दर्ज किया।

> गर्मी से उनके शरीर बदहाल थे; वे उल्टियाँ करते, सिर दर्द और मांसपेशियों में ऐंठन से पीड़ित रहते, उनकी अचानक सांस उखड़ने लगती, या कभी शरीर तोड़ने वाली दर्द के साथ इतनी थकान महसूस करते कि काम ख़त्म होने के बाद खाना-खाने, मुँह-हाथ धोने या कपड़े बदलने में भी खुद को असमर्थ पाते। उनके शरीर पर कई जगह चकत्ते थे और कँपाने वाली दर्द होती थी। ये सभी गर्मी के प्रभावों (हीट स्ट्रेस इंजरी) के लक्षण थे, जो अक्सर अंग क्षति (ऑर्गन डैमिज) की ओर संकेत करते हैं।[4]

खाड़ी के किसी भी देश में ऐसे कानून नहीं हैं जो खुले में काम करने वाले श्रमिकों के लिए अत्यधिक कठोर जलवायु से उत्पन्न होने वाले जोखिमों को पर्याप्त रूप से कम कर सकें। सभी देश गर्मी में काम के घंटों पर प्रतिबंध लगाने जैसा बुनियादी सा उपाय करते हैं, जिसके तहत गर्मी के महीनों के दौरान दिन में कुछ घंटों के लिए काम पर पूर्ण प्रतिबंध रहता है। सुरक्षा के ये उपाय कितने गैर-वैज्ञानिक हैं यह इस बात से स्पष्ट हो जाता है कि सुरक्षा की इस पद्धति का समर्थन करने वाले सबूत बहुत कम हैं और प्रतिबंध लागू करने के घंटों और वार्षिक समय में भी स्थिरता नहीं हैं।

नेपाल से कतर आए बोम बहादुर केसी का मई 2021 में 30 वर्ष की उम्र में निधन हो गया। मृत्यु के समय वो निर्माण उद्योग में काम करते थे। उन्होंने अपने परिवार को बताया था कि काम शारीरिक रूप से थकाने वाला है। 10 मई, 2021 को रात करीब 10 बजे बोम सोने गए थे, लेकिन सुबह उनके साथियों ने उन्हें बिस्तर पर मृत पाया। मृत्यु प्रमाण पत्र, जो उनके परिवार ने वाइटल साईन्ज़ पार्टनरशिप को दिखाया था, में लिखा है कि बोम की मृत्यु का प्रमाणित कारण था "प्राकृतिक कारणों से हुआ अक्यूट हार्ट फ़ेल्यर"। उनकी मृत्यु साल के ऐसे समय में हुई थी जब काम के घंटों पर अभी कोई प्रतिबंध नहीं लगा था, जबकि उनकी मृत्यु के दिन, दिन का तापमान 40 डिग्री सेंटीग्रेड तक पहुंचा था।[5]

चिकित्सा शोधकर्ताओं का मानना है कि खाड़ी में काम करने वाले प्रवासी श्रमिक क्रोनिक किडनी रोग, CKDnt, से भी पीड़ित हो सकते हैं।[6] यह रोग गर्म मौसम में कड़ी शारीरिक मेहनत का काम करने वाले पुरुषों को असमान रूप से प्रभावित करता है। हालाँकि प्रवासी श्रमिकों की आबादी में इस बीमारी के पाए जाने के विषय पर व्यापक शोध और आँकड़े मौजूद नहीं हैं, लेकिन जनवरी-जुलाई 2019 के दौरान नेपाल के एक तृतीयक देखभाल केंद्र में किए गए एक अध्ययन में खाड़ी देशों और मलेशिया से लौटने वाले नेपाली प्रवासी श्रमिकों के बीच क्रोनिक किडनी रोग की घटनाओं में वृद्धि पाई गई थी।[7]

खाड़ी देशों में खुले में करने वाले श्रमिकों को गर्मी और आर्द्रता के अलावा अन्य पर्यावरणीय जोखिमों का भी सामना करना पड़ता है। खाड़ी के सभी देशों में साल भर धूल भरी आंधी का आना आम बात है। 2019 के एक शोध ने 2000 से 2016 के बीच, 17-साल के समय के दौरान, कुवैत में खराब वायु गुणवत्ता और तीव्र मृत्यु दर के बीच संबंध पाया था।[8] रिपोर्ट ने यह निष्कर्ष निकाला कि गैर-कुवैती पुरुषों की मृत्यु धूल-रहित दिनों की तुलना में धूल भरी आंधी के समय 5% बढ़ जाती है।

इन जोखिमों का प्रभाव अब्यूसिव कामकाजी परिस्थितियों, जैसे काम के अत्यधिक लंबे घंटों, के साथ बढ़ जाता है। व्यावसायिक रोगों से होने वाली कुल वैश्विक मौतों में 80% मौतें पुरुषों की होती हैं; और व्यावसायिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ व्यावसायिक रोगों से होने वाली मौतों में पुरुषों की मृत्यु की अनुपातहीन उच्च दर का आंशिक कारण भारी शारीरिक कार्यभार वाले व्यवसायों में उनकी भागीदारी को मानते हैं।[9] निर्माण जैसे क्षेत्रों में निहित खतरों और शिथिल व्यावसायिक स्वास्थ्य और सुरक्षा (ओएचएस) प्रथाओं के परिणामस्वरूप श्रमिकों को शारीरिक स्वास्थ्य का जोखिम भी उठाना पड़ता है। उदाहरण के लिए, मस्कट के सुल्तान कबूस विश्वविद्यालय में सिविल एंड आर्किटेक्चरल इंजीनियरिंग विभाग के शोधकर्ताओं ने आमतौर पर "निर्माण उद्योग में ओएचएस के बारे में ज्ञान और जानकारी की कमी" का उल्लेख किया है और इस बात का विस्तृत प्रमाण दिया है कि पूरे निर्माण क्षेत्र में "इस तरह के नियमों के कार्यान्वयन में नाटकीय रूप से अंतर मौजूद हैं।"[10] जुलहास उद्दीन बांग्लादेश के तंगेल जिले से आए 37 वर्षीय किसान थे, जिनकी अक्टूबर 2017 में तब मृत्यु हो गई, जब एक पर्यवेक्षक ने उन्हें ऑक्सीजन सिलेंडर दिए बिना सीवरेज लाइन में प्रवेश करने का निर्देश दिया। उनके परिवार ने वाइटल साईन्ज़ पार्टनरशिप को बताया कि उनकी मृत्यु की परिस्थितियों की कोई जांच नहीं हुई थी और उनके मृत्यु प्रमाण पत्र में लिखा था कि उनकी मृत्यु "दिल और सांस रुकने" से हुई थी। अदील रियाज़ केवल 22 साल के थे जब नवंबर 2018 में सऊदी अरब में उनका निधन हो गया। उनकी मां ने वाइटल साईन्ज़ पार्टनरशिप को बताया कि उनकी काम करने की स्थिति "बहुत ख़राब"

2. Barak Alahmad, Ahmed F. Shackarchi et al., "Extreme temperatures and mortality in Kuwait: Who is vulnerable?", Science of the Total Environment, vol. 732, (25 August 2020).
3. Bandana Pradan, Tord Kjellstrom, Dan Atar, Puspa Sharma, Birendra Kayastha, Ghita Bhandari, Pushkar K. Pradhan, "Heat Stress Impacts on Cardiac Mortality in Nepali Migrant Workers in Qatar", Cardiology, 2019
4. Natasha Iskander, "Does Skill Make Us Human?: *Migrant Workers in 21st-Century Qatar and Beyond*", Princeton University Press, (November 2021).
5. दिन के समय के ऐतिहासिक आँकड़े timeanddate.com पर उपलब्ध हैं; और दोहा में मई, 2021 के तापमान का डेटा https://www.timeanddate.com/weather/qatar/doha/historic?month=5&year=2021 यहाँ उपलब्ध है।
6. CKDnt क्रॉनिक किडनी रोग को कहते हैं, जिसकी उत्पत्ति का कारण स्पष्ट नहीं होता।
7. N. Dhakal, N. Bhurtyal, P. SIngh, D. Shah Singh, "Chronic Kidney Disease in Migrant Workers in Nepal", Kidney International Reports (2020), p. 58.
8. Barrak Alahmad et al,. "Acute effects of air pollution on mortality: A 17-year analysis in Kuwait", Environment International, (March 2019).
9. Paivi Hamalainen, Juka Takala, Kaija Leena Saarela, "Global Estimates of Fatal Work-Related Diseases," American Journal of Industrial Medicine 50, 2007, p. 29.
10. Amjaad Al Ghafri et al, "Evaluating the Occupational Health and Safety Practices in Small and Medium Construction Companies in Oman", International Journal of Structural and Civil Engineering Research, (November 2020).

थी; कि अदील और उनके सहयोगी अक्सर बिना किसी पर्यवेक्षण के काम करते थे। "साइट पर काम कर रहा हर श्रमिक जूनियर था- उन्होंने गलत जगह पर सीढ़ी लगा ली थी - जहां बिजली की तारें खुली थीं। उन सभी को करंट लगा। दो लोग गंभीर रूप से घायल हो गए और अन्य दो की मौत हो गई।" अदील के मृत्यु प्रमाण पत्र में लिखा गया था कि मौत का कारण "इलेक्ट्रिक शॉर्ट सर्किट" था और मौत "प्राकृतिक" थी।

उपर्युक्त जोखिम पुरुष श्रमिकों को असमान रूप से प्रभावित करते हैं, लेकिन प्रवासन के लिंग (जेंडर) संबंधी पहलुओं का मतलब है कि महिलाओं को भी उनके काम करने की स्थिति से उत्पन्न होने वाले गंभीर जोखिमों का सामना करना पड़ता है। यह लंबे समय से स्थापित हो चुका तथ्य है कि घरेलू काम में महिलाओं को शारीरिक, मनोवैज्ञानिक और यौन शोषण का सामना करना पड़ता है, और इस प्रकार के अब्यूस की घटनाएँ खाड़ी देशों में बड़े पैमाने पर दर्ज होती रही हैं। ह्यूमन राइट्स वॉच की एक रिपोर्ट में ओमान और संयुक्त अरब अमीरात में घरेलू कामगारों के अब्यूस का दस्तावेजीकरण किया गया था; उनकी टीम ने 87 घरेलू कामगारों से साक्षात्कार किया और पाया कि उनमें से 21 महिलाओं ने "खाड़ी देशों में शोषणकारी कामकाजी परिस्थितियों में काम करने के परिणामस्वरूप [अपने देश में] लौटने के बाद मनोवैज्ञानिक या स्वास्थ्य समस्याओं का अनुभव किया।"[11] 2010 में, Migrant-Rights.org ने उजागर किया था कि एक समय पर कैसे 2 महीने के भीतर, कुवैत में लगभग हर दूसरे दिन एक प्रवासी श्रमिक आत्महत्या कर रहा था या आत्महत्या करने का प्रयास कर रहा था, और इनमें से कई श्रमिल घरेलू कामगार [महिलाएँ] थीं।[12] (इस रिपोर्ट ने यह दर्ज किया कि आत्महत्या के प्रयास की यह विशेष रूप से उच्च दर थी, लेकिन उन्होंने इसे एक सामान्य समस्या के संकेतक के रूप में प्रस्तुत किया था)। 2012 में दोहा के हमाद अस्पताल की मनोरोग इकाई के एक थेरापिस्ट ने एक स्थानीय समाचार पत्र को बताया था कि चिंता (ऐंग्ज़ाइयटी) - आत्महत्या के विचार आदि - से छुटकारा पाने के लिए 12 से 15 घरेलू कामगार महिलाएँ उपचार के लिए प्रतिदिन इकाई का दौरा करती थीं।[13]

कई प्रवासी श्रमिक दीर्घकालिक मनोसामाजिक तनाव (क्रॉनिक साइको-सोशल स्ट्रेस) से भी परेशान रहते हैं जो, वैज्ञानिक प्रमाण बताते हैं, उनके मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य पर हानिकारक प्रभाव डाल सकते हैं: वे लंबे समय तक अपने परिवारों से दूर रहते हैं (और घरेलू कामगारों के पास अक्सर किसी प्रकार के सामाजिक सपोर्ट सिस्टम भी नहीं होते); उनके काम के घंटे लंबे और कामकाजी परिस्थितियों बेहद ख़राब होती हैं; वे तंग और अस्वच्छ जगहों में रहते हैं; और उन्हें कई तरह के गंभीर अब्यूस झेलने पड़ते हैं। इस विषय पर शोध और आँकड़ों की स्पष्ट कमी है; खाड़ी देशों के मनोरोग विशेषज्ञों ने नोट किया है कि खाड़ी देशों में काम करने वाले प्रवासी श्रमिकों के मानसिक स्वास्थ्य का "दस्तावेजीकरण बहुत कम हुआ है, तथा इसपर शोध और रिपोर्टिंग भी कम हुई है।"[14] लेकिन यह समस्या कितनी बड़ी और गंभीर है इसके सबूत अब उभर रहे हैं। खाड़ी देशों या मलेशिया में 6 महीने से अधिक समय बिता चुके नेपाल के 403 प्रवासी श्रमिकों के साथ 2018 में एक अध्ययन हुआ था, जिनमें से लगभग एक चौथाई श्रमिकों ने मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं की शिकायत की थी। इस अध्ययन का निष्कर्ष था कि "खुद रिपोर्ट किए गए खराब स्वास्थ्य और कार्य परिस्थितियों के अनुभव के बीच का मजबूत संबंध एक महत्वपूर्ण मुद्दा है, जिसे नेपाल और गंतव्य देशों के नीति निर्माताओं द्वारा संबोधित किया जाना चाहिए।"[15]

नकारात्मक मानसिक स्वास्थ्य परिणामों का कारण बनने वाले कई कारक श्रमिकों के शारीरिक स्वास्थ्य को भी प्रभावित करते हैं। केरल में किए गए एक सर्वे में खाड़ी देशों में प्रवासी श्रमिक रह चुके लोगों में अन्यों से कहीं अधिक उच्च रक्तचाप (हायपर्टेन्शन) की दर पाई गई।[16] मनोसामाजिक तनावों ने इन विशेष निष्कर्षों में किस हद तक योगदान दिया, यह अज्ञात है, लेकिन इसमें कोई संदेह नहीं है कि तनाव, जिसे चिकित्सक 'साइलेंट किलर' कहते हैं, उच्च रक्तचाप बढ़ाता है। केरल से गए एक प्रवासी श्रमिक, इज़ाक जॉन वर्की, की काम से बेदखली के पाँच महीने बाद मौत हो गई थी। उनके नियोक्ता ने वर्की की मृत्यु के सात सप्ताह बाद तक उनके सेवा लाभ का भुगतान नहीं किया था। उनकी पत्नी को लगता है कि तनाव और अपने परिवार से अलगाव उनकी मृत्यु की एक वजह रहा होगा। "उनके दोस्तों को उनकी स्थिति के बारे में पता था लेकिन उन्होंने हमें कभी नहीं बताया कि वो किस स्थिति में हैं", उनकी पत्नी ने कहा। उनकी मृत्यु का कारण आधिकारिक तौर पर "प्राकृतिक कारणों से हुआ अक्यूट हार्ट फ़ेल्यर" था।

कोविड-19 महामारी ने प्रवासी श्रमिकों के सामने आने वाले कई स्वास्थ्य जोखिमों को बढ़ा दिया है। कुवैती शोधकर्ता शरीफ अलशल्फान ने लिखा है कि "कोविड-19 आने के बाद से आवास की स्थिति और भी ख़राब हो गई"; पहले से ही खचाखच भरे इलाक़ों में सामाजिक दूरी और बार-बार हाथ धोने जैसे निर्देशों का पालन असंभव था और इसके ऊपर से लगे कर्फ़्यू ने न केवल "बीमारी के संक्रमण के लिए एक पेट्री डिश का काम किया" बल्कि प्रवासी श्रमिकों को "भावनात्मक और शारीरिक संकट के जाल में क़ैद कर दिया।"[17] सऊदी अरब में, हज़ारों नहीं तो कम से कम सैकड़ों इथियोपियाई प्रवासी साल 2020 के दौरान डिटेन्शन जैसी मलिन हालातों में रह रहे थे और अपने देश में वापस भेजे जाने का इंतज़ार कर रहे थे। ह्यूमन राइट्स वॉच ने प्रवासियों से बात की थी, जिन्होंने बताया था कि 300 से 500 महिलाओं और लड़कियों को एक ही कमरे में भयानक भीड़भाड़ की परिस्थितियों में रखा गया था।[18] Migrant- Rights.org के अनुसार महामारी "जीसीसी देशों में काम करने वाले प्रवासी श्रमिकों के मानसिक स्वास्थ्य पर क़हर की तरह बरसी थी।"[19]

महामारी ने प्रवासी श्रमिकों की स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच के संबंध में व्यवस्थित समस्याओं को भी उजागर किया; स्वास्थ्य सेवा तक उनकी पहुँच अक्सर उनके नियोक्ताओं पर निर्भर होती है, जो उन्हें सस्ती,

11. Human Rights Watch, "'Working Like a Robot': Abuse of Tanzanian Domestic Workers in Oman and the United Arab Emirates", (14 November 2017).
12. Migrant-Rights.org, "Almost every two days a migrant worker commits suicide in Kuwait", (5 October 2010).
13. https://www.amnesty.org/en/documents/mde22/004/2014/en/ और https://www.thefreelibrary.com/Housemaids+learn+coping+skills+with+occupational+therapy.-a0314454936
14. Muhammad Ajmal Zahid and Mohammad Alsuwaidan, "The mental health needs of immigrant workers in Gulf countries", International Psychiatry, volume 11, (2014).
15. Pratik Adhikary, Zoë A. Sheppard, Steven Keen, and Edwin van Teijlingen, "Health and well-being of Nepalese migrant workers abroad", International Journal of Migration, Health and Social Care, (January 2018)
16. N Shamim Begam, Kannan Srinivasan, and G K Mini,"Is Migration Affecting Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension of Men in Kerala, India?", Journal of Immigrant and Minority Health, (2016).
17. Sharifa Alshalfan, "COVID-19 in Kuwait: how poor urban planning and divisive policies helped the virus spread", London School of Economics Public Policy Blog, (September 16, 2020).
18. Nadia Hardman, 'Immigration Detention in Saudi Arabia During Covid-19', Human Rights Watch
19. Migrant-Rights.org, "Covid Relief Report 2021", (3 November 2021)

सब्सिडी वाली देखभाल सेवाएँ ऐक्सेस करने के लिए स्वास्थ्य कार्ड देते हैं। हालाँकि महामारी के दौरान कुछ सकारात्मक कदम उठाए गए थे; जैसे सऊदी अरब और यूएई ने प्रवासी श्रमिकों के लिए, उनके इमिग्रेशन स्टेटस की परवाह किए बिना, मुफ्त चिकित्सा उपचार प्राप्त करवाया। लेकिन प्रवासी श्रमिकों की हेल्थ ऐक्सेस पर 2020 में कोनराड एडेनॉयर स्टिफ्टंग ने एक रिपोर्ट में यह निष्कर्ष दिया कि महामारी से बढ़ी बेरोजगारी और अबीमाकृत प्रवासी आबादी में वृद्धि वे कारण हैं जिनके चलते, उन्हें लगता है कि, "प्रवासियों और विशेष रूप से अनियमित प्रवासियों की रोजगार और पूर्ण स्वास्थ्य बीमा कवरेज तक पहुंच की कमी के कारण, शायद, प्रवासियों को निश्चित रूप से बड़ी संख्या में स्वास्थ्य असुरक्षा का सामना करना पड़ेगा।"[20] खाड़ी देशों के चिकित्सा पेशेवरों ने बीमा के महत्व को दर्ज किया है और यह भी नोट किया है कि प्रवासी श्रमिकों में लंबे समय तक चिकित्सीय देखभाल के बिना काम करने की प्रवृत्ति होती है जिससे उनके स्वास्थ्य में तेजी से गिरावट आती है। बहरीन में अमेरिकी मिशन अस्पताल के डॉ बाबू रामचंद्रन ने कहा कि "बहरीन में चिकित्सा देखभाल बहुत महंगी है, इसलिए उन्हें दवाई नहीं मिलती। [और] हर किसी का बीमा नहीं है।"[21]

कतर फाउंडेशन और कतर की जॉर्ज टाउन यूनिवर्सिटी द्वारा 2019 में जारी किए गए एक पॉलिसी ब्रीफ़ में कहा गया है कि स्वास्थ्य कार्ड की अनुपस्थिति प्रवासी श्रमिकों पर "एक बहुत बड़ा बोझ" बन जाती है और यह सुझाव दिया कि "जवाबदेही के सख्त उपाय लागू किए जाने चाहिए, जिनसे यह सुनिश्चित किया जा सके कि नियोक्ता अपने कर्मचारियों को सुसंगत और समयबद्ध तरीके से कतर आईडी और स्वास्थ्य कार्ड जारी करें।"[22]

आँकड़े

खाड़ी देशों में प्रवासी श्रमिकों की मौतों पर उपलब्ध आँकड़े अपूर्ण हैं; उनमें विरोधाभास हैं और वे समस्या के स्तर व गंभीरता का प्रभावी विश्लेषण भी पेश नहीं करते। पारदर्शिता की सामान्य कमी के कारण ये समस्याएँ और बढ़ जाती हैं। हालांकि, आँकड़ों की कमी के बावजूद, ऐसा प्रतीत होता है कि दक्षिण और दक्षिण-पूर्व एशिया के लगभग 10,000 प्रवासी श्रमिक हर साल खाड़ी देशों में मर जाते हैं (यदि अन्य राष्ट्रीयताओं के प्रवासी श्रमिकों को शामिल किया जाए तो यह आंकड़ा स्पष्ट रूप से इससे बड़ा होगा) और इन मौतों में हर 2 में से 1 मौत का कोई स्पष्ट कारण नहीं होता; यानी इन मौतों में मृत्यु का कोई अंतर्निहित कारण बताए बिना केवल "प्राकृतिक कारण" या "कार्डियक अरेस्ट" जैसे शब्द लिख कर प्रमाण जारी कर दिया जाता है।

पाकिस्तान में, उदाहरण के लिए, इस मुद्दे पर उपलब्ध एकमात्र डेटा स्टेट लाइफ इमिग्रेंट्स इंश्योरेंस फंड के आगे मुआवजे के लिए किए गए दावों की संख्या का कच्चा आँकड़ा है, जो श्रेणियों में विभाजित भी नहीं है। भारत में, आँकड़ों की उपलब्धता तो ठीक है लेकिन वहाँ सबसे अधिक प्रवासी श्रमिकों को रोजगार देने वाले खाड़ी देश, सऊदी अरब, में मरने वाले नागरिकों की संख्या से संबंधित आँकड़ों में गंभीर विसंगतियाँ हैं। भारत के विदेश मंत्रालय के राज्य मंत्री ने कहा कि 2015 और अक्टूबर 2019 के बीच किंगडम में 12,595 भारतीयों की मौत हुई थी, जबकि सऊदी अरब में मौजूद भारतीय दूतावास ने केरल के सेंटर फॉर इंटरनेशनल माइग्रेशन स्टडीज द्वारा सूचना के अधिकार के तहत किए गए अनुरोध के जवाब में बताया था कि तक़रीबन इसी समय के दौरान 7,444 भारतीयों की मृत्यु हुई थी- यानी 5,151 लोगों का अंतर। इतनी बड़ी संख्या में प्रवासी श्रमिकों को रोजगार देने के बावजूद, सऊदी अरब मृत्यु का कोई सार्थक आँकड़ा प्रकाशित नहीं करता, इसलिए भारत से उपलब्ध आँकड़ों को सऊदी अरब में उपलब्ध किसी आँकड़े के साथ क्रॉस-चेक भी नहीं किया जा सकता है।

मृत्यु के कारणों के वितरण (क्लासिफ़िकेशन) में विसंगति और भी ज़्यादा स्पष्ट रूप से उजागर होती है। कुवैत में मौजूद भारतीय अधिकारियों के अनुसार, 42% मौतों का कारण हार्ट अटैक है। जबकि, बहरीन में मौजूद भारतीय अधिकारियों ने बताया कि वहां केवल 4% भारतीय मौतें हार्ट अटैक से हुईं, जबकि 47% का कारण "कार्डियक अरेस्ट" बताया गया। ये विसंगतियाँ महत्वपूर्ण हैं और जांच, प्रमाण, या मौतों के वर्गीकरण, या इस तीनों से जुड़ी गंभीर समस्याओं की ओर इशारा करती हैं। हार्ट अटैक को डॉक्टर मृत्यु के अंतर्निहित कारण के रूप में चिह्नित कर सकते हैं, इसलिए एक उचित रूप से तैयार किए गए मृत्यु प्रमाण पत्र पर इसे मौत का कारण बताया जा सकता है, लेकिन 'कार्डियक अरेस्ट' मृत्यु के अंतर्निहित कारण के बारे में कोई जानकारी नहीं देता है तथा मृत्यु प्रमाण पत्र पर प्रकट नहीं होना चाहिए। (हार्ट अटैक तब होता है जब कोई रुकावट (ब्लॉकिज) दिल में रक्त के प्रवाह को रोक देती है। कार्डिएक अरेस्ट का सीधा सा मतलब है कि दिल ने धड़कना बंद कर दिया, और इससे यह नहीं पता चलता कि दिल ने किस कारण से काम करना बंद किया था)। बहरीन में कार्डियक अरेस्ट की उच्च दर - 47% - मृत्यु के अंतर्निहित कारण की पहचान करने में एक व्यवस्थित विफलता का संकेत है, और कुवैत में हार्ट अटैक की अनुपातहीन उच्च दर - 42% - या तो उसी तरह के निष्कर्ष की ओर इशारा करती है, कि मौत का कारण चिकित्सकीय रूप से पहचानने की बजाए हार्ट अटैक को 'बेस्ट गेस' की तरह इस्तेमाल किया गया। दूसरी संभावना यह हो सकती है कि यह संख्या इस बात का इशारा करती है कि बहरीन के चिकित्सा अधिकारियों द्वारा "कार्डियक अरेस्ट" के कारण से होने वाली मौतों को भारतीय अधिकारी हार्ट अटैक से होने वाली मौतों में पुनर्वर्गीकृत (रीक्लासिफ़ाई) करते हैं। तीसरी व्याख्या - जिसकी स्वीकार्यता सबसे कम है - यह हो सकती है कि कुवैत में भारतीयों के हार्ट अटैक की दर वैश्विक दर से काफी अधिक है, और अगर ऐसा है तो यह हर जगह के हृदय रोग विशेषज्ञों के लिए तत्काल रुचि और चिंता का विषय होगा।[23]

मौत के कारणों की रिपोर्टिंग में व्यवस्थित समस्याओं के और सबूत कतर के अधिकारियों द्वारा प्रकाशित आंकड़ों में मिलते हैं। 2010 से 2015 के बीच, गैर-कतरी मौतों की एक महत्वपूर्ण संख्या को मृत्यु के अज्ञात कारण की श्रेणी में डाला गया था। लेकिन, 2016 के बाद से इन संख्याओं में नाटकीय रूप से गिरावट आई है, जबकि इसके साथ "संचार संबंधी

20. Konrad-Adenauer-Stiftung, "Migration and The COVID-19 Pandemic in the Gulf", (October 2020).
21. Migrant-Rights.org interview with Dr Babu Ramachandran, American Mission Hospital in Bahrain, (date).
22. Qatar Foundation, World Innovation Summit for Health, and Georgetown University Qatar, "Improving Single Male Laborers' Health in Qatar: Policy Brief", (2019).
23. हार्ट अटैक से होने वाली वैश्विक मौतों के प्रतिशत पर कोई सटीक देता नहीं है। डबल्यूएचओ ने कहा है (फ़ैक्टशीट देखें) कि वैश्विक स्तर पर 27% मौतें हार्ट अटैक या स्ट्रोक से होती हैं, लेकिन इसका कोई ब्रेकडाउन उपलब्ध नहीं है। पीयर-रिव्यूड लिटरेचर में इससे विस्तृत जानकारी उपलब्ध है, लेकिन वहाँ क्रूड प्रतिशत में मृत्यु दर के आंकड़ों की रिपोर्ट नहीं मिलती, और जो सबसे स्पष्ट बात है वह यह है कि देशों और सामाजिक-आर्थिक समूहों के भिन्नता के साथ हृदय संबंधी बीमारियों से होने वाली मृत्यु की दर कैसे बदलती है। देखें: Fang Wang et al., "Global Burden of Ischemic Heart Disease and Attributable Risk Factors, 1990–2017: A Secondary Analysis Based on the Global Burden of Disease Study 2017", Clinical Epidemiology, September 2021.

(सर्क्यूलेटरी) रोगों" की श्रेणी में वर्गीकृत मौतों की संख्या में वृद्धि हुई है। उदाहरण के लिए, 2015 के आधिकारिक कतरी आंकड़ों में सभी आयु वर्गों में कुल 376 गैर-कतरियों की अज्ञात कारणों से मृत्यु हुई थी, और 2016 में यह संख्या गिरकर 82 हो गई थी। इसके विपरीत, संचार संबंधी बीमारियों से होने वाली मौतों की संख्या 2015 में 221 से बढ़कर 2016 में 464 तक चली गई। कतरी अधिकारियों ने प्रवासी श्रमिकों की मौत की जांच के तरीके में कोई बड़ा बदलाव किया हो इसके कोई सबूत नहीं मिलते; ऐसे में यह प्रतीत होता है कि 2016 के बाद से "संचार संबंधी रोगों" से मरने वाले प्रवासी श्रमिकों की संख्या में वृद्धि इस तथ्य को धुंधला करने की कोशिश है कि कई मामलों में श्रमिकों की मृत्यु का कारण अज्ञात था।

अपनी सीमाओं के बावजूद, ये आँकड़े कई मायनों में ज्ञानवर्धक हैं और जांच-योग्य कई अन्य मुद्दों की ओर इशारा करते हैं। उदाहरण के लिए, कुवैती अधिकारियों द्वारा उपलब्ध कराए गए आँकड़े, बाहरी कारणों से कुवैती और गैर-कुवैतियों की मृत्यु के मामलों का एक ब्रेकडाउन प्रदान करते हैं, जिससे यह पता चलता है कि देश की आबादी में से 69% लोग गैर-कुवैती हैं, लेकिन देश में आत्महत्या से मरने वाले लोगों में 89% गैर-कुवैती हैं। यह भी ध्यान दिया जाना चाहिए कि प्रवासियों की उम्र और लिंग संरचना पूरी कुवैती आबादी से अलग है, इसलिए यह समतुल्य चर वस्तुओं के बीच की गई तुलना नहीं है। यूएई के अधिकारियों द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़ों से पता चलता है कि मरने वाले गैर-अमीराती पुरुषों की आयु प्रोफ़ाइल गैर-अमीराती महिलाओं की प्रोफ़ाइल से काफी भिन्न थी। उदाहरण के लिए, 2018 और 2019 में, मरने वाले 47% पुरुष 20 से 49 वर्ष की आयु वर्ग के थे, जबकि मरने वाली महिलाओं में से केवल 24% ही इस आयु वर्ग की थीं। यह आँकड़ा राष्ट्रीयता या व्यवसाय के हिसाब से विभाजित नहीं है, और इससे भी महत्वपूर्ण बात यह है कि आबादी के इन आयु वर्गों में गैर-अमीराती पुरुषों और महिलाओं की संख्या के बारे में कोई जानकारी उपलब्ध नहीं है। विभिन्न कारणों से होने वाली मौतों का दर जानने व उनकी तुलना करने के लिए, न केवल सभी मौतों के सटीक कारणों (जिसे सांख्यिकीय शब्दों में, अंश - न्यूमरेटर - कहते हैं) का पता होना जरूरी है, बल्कि यह भी जानना जरूरी है कि जिन लागों की मौत के कारणों का अध्ययन करना है, वे आबादी में कितनी संख्या में मौजूद हैं (इस संख्या को हर - डिनॉमिनेटर - कहा जाता है)। मूल और गंतव्य देशों द्वारा प्रकाशित आंकड़ों में एक गंभीर और सामान्य विफलता यह रही है कि इन आँकड़ों में हर से संबंधित आँकड़े नहीं मिलते। जहां हर पर आँकड़े मिलते हैं, वहाँ भी मृत्यु दर को प्रति समय इकाई के रूप में मापने के लिए समय के एक घटक (जैसे, सप्ताह, महीना, आदि) की आवश्यकता होती है। मृत्यु दर आमतौर पर मौसमी प्रवृत्ति को प्रदर्शित करती है, जो बाहरी पर्यावरणीय कारकों जैसे गर्मी आदि के साथ मेल खा सकती है। वार्षिक अनुमान हालाँकि मृत्यु के ऐसे पैटर्न उजागर नहीं कर सकते हैं।

सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों को उचित रूप से सूचित करने के लिए, देशों को आँकड़े आयु, राष्ट्रीयता, लिंग, व्यवसाय, मृत्यु की तारीख, मृत्यु के कारण आदि के आधार पर विभाजित कर, विस्तृत आँकड़े आसानी से उपलब्ध कराने चाहिए और यह सुनिश्चित करना चाहिए कि आबादी में हिस्से के अनुसार मृत्यु दर की गणना को सुविधाजनक बनाने के लिए एक हर - डिनॉमिनेटर - प्रदान किया जाए। मृत्यु के कारणों का वर्गीकरण रोगों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण (आईसीडी) में उल्लिखित श्रेणियों और उप-श्रेणियों में किया जाना चाहिए; आईसीडी स्थानों और समय के बीच मृत्यु दर और रुग्णता (मॉर्बिडिटी) के कारणों पर तुलनीय आँकड़ों का आधार है।

जांच और मुआवजा

आँकड़ों से संबंधित उपरोक्त समस्याएँ कुछ हद तक मौतों की ठीक से जांच करने में विफलताओं से जुड़ी हैं। ट्रेडिशनल शव जांच खाड़ी क्षेत्र में संवेदनशीलता का विषय है। जैसे कि सऊदी अरब के चिकित्सकों ने नोट किया है कि ट्रेडिशनल शव जांच नियमित रूप से नहीं किए जाने का कारण "आंशिक रूप से धार्मिक है" और बेहद संदिग्ध परिस्थितियों को छोड़कर इन्वेसिव शव जांच करने में एक सामान्य विफलता या हिचकिचाहट पाई जाती है।[24] कुवैत में चिकित्सा शोधकर्ताओं ने नोट किया है कि देश में रोग-वैज्ञानिकों पर "जितना संभव हो सके इविसरेशन (अंगों को सर्जिकल तरीक़े से बाहर निकलने) से बचने" का दबाव है।[25] कतर में, अधिकारियों ने दावा किया है कि, "कानून के अनुसार, मृतक के परिवार को शव जांच से पहले उसके लिए मंजूरी देनी होती है।" हालांकि, मौत के कारण की पहचान करने की प्राथमिक विधि के रूप में इन्वेसिव शव जांच पर ध्यान देना तकनीकों और प्रौद्योगिकियों में हुई महत्वपूर्ण प्रगति की उपेक्षा करता है, तब जबकि ये तकनीकें रोग-वैज्ञानिकों के पास उपलब्ध हैं।

2014 में, बहरीन के चिकित्सा शोधकर्ताओं ने देश में वर्चुअल ऑटोप्सी की शुरुआत का प्रस्ताव रखा था।[26] इस प्रकार की ऑटोप्सी में कंप्यूटेड टोमोग्राफी (सीटी) और मैग्नेटिक रेज़ोनेंस इमेजिंग (एमआरआई) स्कैन का उपयोग किया जाता है और इन कारणों से ये तकनीक रोग-वैज्ञानिकों को इस तरह की मौतों में धार्मिक निषेधों का उल्लंघन किए बिना बेहतर शव जांच करने में सक्षम बनाती है। अक्टूबर 2021 में, अबू धाबी की सरकार ने क्षेत्र में इस तकनीक को पहली बार शुरू करते हुए यह घोषणा की, कि शव जांच के लिए सरकार गैर-इनवेसिव पोस्ट-मॉर्टम इमेजिंग का इस्तेमाल करने की शुरुआत करने जा रही है।[27]

जिन मृतक श्रमिकों के केस इस रिपोर्ट में दर्ज हैं, उनमें से किसी के भी परिवार को शव जांच की रिपोर्ट नहीं दी गई थी और न ही उनके मृत्यु प्रमाण पत्र ये बताते हैं कि मौत का कारण ढूँढने के लिए कोई सार्थक जांच की गई थी। मृत्यु के कारणों की उचित जांच ही एकमात्र तरीक़ा है जिससे यह सुनिश्चित किया जा सकता है कि खाड़ी में मरने वाले प्रवासी श्रमिकों के परिवारों को पता हो कि उनके प्रियजनों की मृत्यु किन कारणों से होती है। फिलीपींस के कार्लोस डी गुज़मैन एली जूनियर का 2021 में 45 वर्ष की आयु में सऊदी अरब में निधन हो गया था। फिलीपींस से जाने से पहले ही उनमें हृदय रोग और उच्च कोलेस्ट्रॉल डायग्नोस हुआ था, और वे हृदय रोग के लिए दवाइयाँ लेते थे। लेकिन इस तथ्य के बावजूद सऊदी अरब के स्वास्थ्य मंत्रालय द्वारा जारी उनकी मृत्यु अधिसूचना

24. Salah Al-Waheeb et al.,"Forensic autopsy practice in the Middle East: comparisons with the West", Journal of Forensic and Legal Medicine, (February 2015). Mohammed Omar Sohaibani, "Autopsy and Medicine in Saudi Arabia", Annals of Saudi Medicine, (1 May 1993).
25. Salah Al-Waheeb et al.,"Forensic autopsy practice in the Middle East: comparisons with the West", Journal of Forensic and Legal Medicine, (February 2015).
26. Eamon Tierney et al.,"Is It Time for a Virtual Autopsy Service in Bahrain?", Bahrain Medical Bulletin, (December 2014). शव जांच पर जानकारी के लिए बहरीन में ब्रिटिश दूतावास की वेब्साइट देखें।
27. Abu Dhabi Government Media Office, "Department of Health Abu Dhabi Introduces Virtual Autopsy for Mortuary Investigations", (24 October 2021).

में मृत्यु का कारण "अज्ञात" दर्ज किया गया था। कार्लोस के बेटे ने कहा कि उनकी मृत्यु ने परिवार को "तबाह और कन्फ़्यूज़" कर दिया था। उचित जांच की कमी परिवारों पर अपने प्रियजनों की मौत का कारण न जान सकने का भावनात्मक प्रभाव डालती है; इसके अलावा, उचित जांच इसलिए भी अनिवार्य है ताकि सुरक्षा की कमी या अन्य क़िस्म की लापरवाहियों से हुई मौतों के मामले में परिवारों को मुआवजा सुनिश्चित किया जा सके। वर्तमान में, श्रमिक खुद ही या तो बीमा लेते हैं या बांग्लादेश के वेज अर्नर वेलफेयर बोर्ड तथा फिलीपीन ओवरसीज वर्कर वेलफेयर एडमिनिस्ट्रेशन जैसी अनिवार्य बीमा योजनाओं में भुगतान करते हैं, जिनसे मरने वाले श्रमिकों के परिवारों को मुआवजा मिलता है। यानी श्रमिकों के परिवारों को अपने प्रियजनों की मौत से उभारने की ज़िम्मेदारी न तो खाड़ी देशों की है और न ही उनके अपने मूल देशों पर, बल्कि स्वयं कम वेतन पाने वाले श्रमिकों पर ही इसका भार पड़ता है।

प्रमुख सुझाव

खाड़ी सहयोग परिषद राज्यों की सरकारों के लिए सुझाव:

- निरीक्षकों और चिकित्सा परीक्षकों की विशेष टीमों का गठन करें ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि प्रवासी श्रमिकों की मौत के सभी मामलों में जांच हो और उन्हें अंतरराष्ट्रीय स्तर की बेस्ट प्रैक्टिस के अनुसार प्रमाणित किया जाए।
- प्रवासी श्रमिकों की मौत के कारणों की स्वतंत्र जांच करें और यह सुनिश्चित करें कि गर्मी और उमस, ओवरवर्क, वायु प्रदूषण, मनो-सामाजिक तनाव और स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक श्रमिकों की पहुँच जैसे कारकों की मौत में संभावित भूमिका भी जांच का हिस्सा हो।
- प्रवासियों की मृत्यु दर पर उपलब्ध आंकड़ों की गुणवत्ता में सुधार करें। यह आँकड़े पूर्ण रूप से उम्र, लिंग, व्यवसाय, राष्ट्रीयता, मृत्यु की तारीख और मृत्यु के अंतर्निहित कारण जैसी श्रेणियों में बँटे होने चाहिए, ताकि श्रेणियों में तुलना की जाए सके।
- उन परिस्थितियों और संदर्भों को ध्यान में रखते हुए जहां इन्वेसिव शव जांच संभव नहीं है, विशेषज्ञों के परामर्श के बाद गैर-इन्वेसिव और वर्बल शव जांच की प्रक्रिया शुरू करें।
- श्रमिकों की इमिग्रेशन स्थिति या उनके पास स्वास्थ्य कार्ड की मौजूदगी पर ध्यान दिए बिना कम वेतन पाने वाले प्रवासी श्रमिकों को देखभाल की जगह पर ही प्राथमिक और आपातकालीन हेल्थकेअर निःशुल्क उपलब्ध कराएँ, और सुनिश्चित करें कि संसाधनों से लैस क्लीनिक और आपातकालीन कक्ष कम वेतन वाले प्रवासी श्रमिकों की बड़ी आबादी वाले इलाक़ों के नज़दीक हों। एक फ़ॉलो-अप प्रणाली लागू करें जिससे यह सुनिश्चित किया जा सके कि जिन श्रमिकों के पास हेल्थ कार्ड नहीं हैं उनके नियोक्ताओं के साथ श्रम निरीक्षक फ़ॉलो-अप करें और उन लोगों पर सार्थक प्रतिबंध लगाएँ जिन्होंने अपने कर्मचारियों को अप-टू-डेट स्वास्थ्य कार्ड नहीं दिए हैं।
- सुनिश्चित करें कि प्रवासी श्रमिकों की मानसिक और शारीरिक हेल्थकेअर तक पहुंच सुलभ बने तथा मानसिक स्वास्थ्य नीतियां, जहां भी वे मौजूद हैं, कम वेतन पाने वाले प्रवासी श्रमिकों की विशिष्ट आवश्यकताओं और कमजोरियों के संदर्भ को शामिल करते हुए अप्डेट की जाएँ।
- ऐसे क़ानून पास करें जिनसे यह सुनिश्चित किया जा सके कि हीट स्ट्रेस के व्यावसायिक जोखिमों के मद्देनज़र, नियोक्ता खुले में काम करने वाले श्रमिकों को एक उपयुक्त अवधि के लिए ठंडी, छायादार जगहों पर जाने का अवकाश दें; अनिवार्य अवकाश देने में पर्यावरणीय हीट स्ट्रेस के जोखिमों के साथ साथ काम की प्रकृति, कि काम शारीरिक रूप से कितना थकाने वाला है आदि, को भी ध्यान में रखा जाना चाहिए।
- उच्च रक्तचाप के लिए व्यापक जांच और उपचार कार्यक्रम आयोजित करें।
- कम वेतन पाने वाले प्रवासी श्रमिकों की आबादी में CKDu या गुर्दे की बीमारी की प्रारम्भिक अवस्था की मौजूदगी का अध्ययन करें।

मूल देशों की सरकारों के लिए सुझाव:

- गंतव्य, व्यवसाय, आयु, लिंग, मृत्यु की तिथि और मृत्यु के कारण के आधार पर विदेशों में काम कर रहे श्रमिकों की मृत्यु के ऐतिहासिक आँकड़े उपलब्ध कराएँ। ये आँकड़े ऑनलाइन उपलब्ध होने चाहिए और इस तरह से प्रस्तुत किए जाने चाहिए जिससे सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों के लिए प्रभावी विश्लेषण करना सुविधाजनक बने। इन आँकड़ो के साथ साथ, खाड़ी के प्रत्येक गंतव्य देश में नागरिकों की संख्या पर सटीक और विस्तृत डेटा भी उपलब्ध होना चाहिए।
- सुनिश्चित करें कि जो भी सरकारी मंत्रालय नागरिकों की विदेशों में होने वाली मौतों पर आँकड़े एकत्र और प्रकाशित करते हैं, वे अंतरराष्ट्रीय मानकों (डब्ल्यूएचओ द्वारा विकसित रोगों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण -आईसीडी) के अनुसार रिपोर्ट करें। ऐसे मामलों में जहां मृत्यु प्रमाण पत्र मृत्यु का कोई अंतर्निहित कारण प्रदान नहीं करते हैं (उदाहरण के लिए, जब मृत्यु के कारण में "प्राकृतिक कारण", "कार्डियक अरेस्ट", "एक्यूट हार्ट फेल्यर", या "एक्यूट रेस्पिरेटरी फेल्यर" को बिना किसी संदर्भ या स्पष्टीकरण के प्रमाणित किया जाता है), उन्हें सरकारी रिकॉर्ड में आईसीडी कोड के तहत "मृत्यु के अपरिभाषित या अज्ञात कारण" की श्रेणी में रखा जाए।
- खाड़ी देशों से आह्वान करें कि वे:- प्रवासी श्रमिकों की मौत के मामलों में जांच प्रक्रिया बढ़ाएँ; प्रवासी श्रमिकों की मौत के कारणों पर स्वतंत्र जांच आयोग का गठन करें; हीट स्ट्रेस से कानूनी सुरक्षा के उपायों में इज़ाफ़ा करें।
- अरब खाड़ी के देशों में दूतावासों की क्षमता को मजबूत करें ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि मृतकों के अवशेष समय पर लौटा दिए जाएँ और जिन मामलों में परिवार मुआवजे के हकदार हैं उनके अलावा भी मृतकों के परिवारों को सहायता प्रदान की जा सके।
- सुनिश्चित करें कि प्रवासी श्रमिकों की मौत की जांच करना, प्रवासी श्रमिकों की स्वास्थ्य जोखिमों से सुरक्षा सुनिश्चित करना, तथा प्रवासी श्रमिकों की स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच का मुद्दा अबू धाबी वार्ता और कोलंबो प्रक्रिया जैसी क्षेत्रीय प्रक्रियाओं के एजेंडे में आए।