

El impacto del RDL 16/2012 en la población migrante irregular. Exclusión sanitaria y producción masiva de vulnerabilidad en España*

Sheila García González

Doctoranda de Filosofía
Universidad de La Laguna
sheila_gg93@hotmail.com

ISSN 1989-7022

The Impact of RDL 16/2012 on the Irregular Migrant Population. Sanitary Exclusion and Mass Production of Vulnerability in Spain

RESUMEN: El Real Decreto-Ley 16/2012 supuso la negación del acceso sanitario a las y los inmigrantes en situación administrativa irregular, fracturando el carácter universal y gratuito que había caracterizado al sistema sanitario español. Este artículo analiza cómo la reforma sanitaria se ha fundamentado en un discurso político xenófobo al equiparar "turismo sanitario" y migración irregular. Negar la asistencia sanitaria en el sistema público de salud a estas personas es un ejemplo de producción masiva de vulnerabilidad en sintonía con una política de la estigmatización y la criminalización de la inmigración irregular. Analizar el impacto de dicho decreto en la población inmigrante revela cómo se hallan más expuestos a las enfermedades y, en último término, a la muerte. Esta normativa puede ser considerada como un ejemplo de las sombras del poder biopolítico que evidencia la desprotección de las vidas migrantes. Para esta materia resulta fundamental considerar el pensamiento de Michel Foucault, Roberto Esposito y Judith Butler.

ABSTRACT: The Royal Decree-Law 16/2012 has involved the denial of health access to migrants in irregular administrative situation, fracturing the universal and gratuitous character that had characterized the Spanish health system. This paper discusses how the health reform has been based on a xenophobic political discourse by equating "health tourism" and irregular migration. Denying healthcare in the public health system to irregular migrants is an example of mass production of vulnerability that is attuned to political strategies of stigmatization and criminalization of irregular immigration. Analyzing the impact of the RDL 16/2012 on the immigrant population reveals how they are most exposed to disease and death. It is intended to conceive such regulations as an example of the shadows of biopolitical power, showing that migrant lives are unprotected lives. For this matter it is essential to consider the theories of Michel Foucault, Roberto Esposito and Judith Butler.

PALABRAS CLAVE: Real Decreto-Ley 16/2012, inmigrantes en situación administrativa irregular, exclusión sanitaria, vulnerabilidad, estigmatización, vidas desprotegidas

KEYWORDS: Royal Decree-Law 16/2012, immigrants in irregular administrative situation, health exclusion, vulnerability, stigmatization, unprotected lives

1. El discurso del RDL 16/2012: estigmatización y criminalización de la migración irregular

En el contexto de la crisis económica española, y desde un planteamiento neoliberal, el Gobierno aprobó el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de "medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones"¹. Este decreto marcó un punto de inflexión en el sistema sanitario español, fracturando el carácter universal, público y gratuito que lo había caracterizado hasta entonces. La aprobación de dicha normativa supuso la modificación del artículo 12 de La Ley de Extranjería² e implicó la negación del acceso sanitario a un colectivo especialmente vulnerable de la sociedad: la población inmigrante en situación administrativa irregular.

Las declaraciones políticas en torno a la reforma sanitaria destacaron por su gran ambigüedad³. No obstante, transmitieron un mensaje claro a la población: el Sistema Nacional de Salud (SNS) está en riesgo, tiene un problema de déficit extraordinario

* Este trabajo se enmarca dentro del Proyecto "Justicia, Ciudadanía y Vulnerabilidad. Narrativas de la Precariedad y Enfoques Interseccionales" (FFI2015-63895-C2-1-R) del Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España.



que requiere de *medidas urgentes* para garantizar su propia sostenibilidad. El Gobierno del Estado español puso de manifiesto la necesidad de poner freno al turismo sanitario, abanderando una lucha contra los abusos que cometían los/as extranjeros/as que venían expresamente a España para acceder al sistema sanitario de forma gratuita. Respecto a ello, es imprescindible aclarar que son excepcionales los casos en los que un/a individuo/a decide migrar impulsado/a por beneficiarse de la cobertura sanitaria española⁴, y el hecho de tratar a estos individuos como *vampiros* del SNS redundaría en la trivialización del fenómeno migratorio. En general, son personas jóvenes y sanas que huyen de la pobreza y/o las violaciones de derechos humanos en busca de un futuro mejor. Dichas proclamaciones mediáticas, a partir de discursos xenófobos que fomentaban la idea de las migraciones impulsadas por motivos de salud, promovieron el desinterés de la población general advirtiendo que la reforma sanitaria sólo afectaría a las y los inmigrantes irregulares y que no supondría un impacto sobre el resto de la población⁵.

Qué duda cabe que hablar de inseguridades, incertidumbres y abusos sobre el sistema público constituyó un marco por el cual se hizo más admisible esta normativa. El RDL 16/2012, al implicar la exclusión sanitaria del colectivo migrante irregular, atenta contra el derecho a la salud –un principio fundamental de una sociedad democrática–, al mismo tiempo que hace recaer las consecuencias de la crisis económica y la insostenibilidad del SNS en dicho colectivo, ejerciendo el mecanismo del chivo expiatorio. De hecho, la reforma sanitaria supuso la fractura de la universalidad del sistema público de salud haciendo uso de una estrategia política basada en poner en el punto de mira a los *sans papiers*, concibiéndolos como los que hay que expulsar del sistema sanitario para que funcione. En efecto, la exclusión sanitaria se cimentó en una traba administrativa, carecer del estatus de ciudadanía, lo que deriva en la producción de *vidas ilegales*. En suma, tras la entrada en vigor del RDL 16/2012 el acceso al sistema sanitario español pasó a estar supeditado por las categorías ciudadanía-no ciudadanía, implicando desigualdades en torno a esta diferenciación. Esto supone que, para salvaguardar el derecho a la salud de la población española, se relega de la salud de las personas inmigrantes indocumentadas, reforzando así la barrera nosotros-ellos. Precisamente la criminalización de la condición migrante irregular y la vulneración del derecho a la salud suscitaron que se comenzara a hacer uso del término “apartheid sanitario”.

Lo que redundaría del argumentario del RDL 16/2012, al equiparar turismo sanitario y migración irregular, es la estigmatización de la otredad, implicando un fomento del racismo y la xenofobia en sociedades que cada vez son más heterogéneas, étnicamente hablando. No hay que olvidar que, a pesar del tópico de los abusos sanitarios por parte de este colectivo, numerosos estudios revelan que el gasto sanitario de las y los inmigrantes irregulares es

mucho menor al de la población nacional. Lo que aquí se revela es el carácter falaz del discurso sobre el que se consolidó la reforma sanitaria. Esta normativa se fundamenta en la exclusión de los/as "otros/as", reforzando así las desigualdades sociales y produciendo masivamente vulnerabilidad hacia un colectivo ya de por sí vulnerable. Es indiscutible que la exclusión sanitaria de estas personas es una medida regresiva respecto a los derechos humanos y opuesta a las obligaciones internacionales del estado español (Lema Tomé, 2013). La adopción del RDL 16/2012 suscitó que organizaciones como Amnistía Internacional, Médicos del Mundo, Red Acoge y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, entre otras, manifestaran su oposición a esta reforma declarando que resultaba discriminatoria y derivaba en la violación de los derechos humanos, limitando el derecho a la salud de algunos colectivos especialmente vulnerables de la sociedad. Además, conviene enfatizar que las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ establece prioritariamente el acceso universal a la salud, en especial, a los colectivos con dificultades sociales y económicas. Como se puede advertir, el RDL 16/2012 sitúa la política sanitaria española en dirección opuesta a ello.

2. La exclusión sanitaria y la desprotección de la vida

Por otra parte, es relevante hacer alusión a los nuevos conflictos éticos derivados de dicho decreto entre las y los profesionales de salud de atención primaria, ya que sus acciones pasaron a estar regidas por nuevos principios (Moreno Mulet, 2016). Tras la entrada en vigor del RDL 16/2012, las y los profesionales sanitarios se vieron envueltos en una atmósfera difusa, que los obligaba a enfrentarse a un conflicto entre dos lealtades: la que deben al Servicio de Salud y la que merece el paciente que es, a juicio del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2012), la que debe prevalecer. Además, la reforma sanitaria puso al colectivo profesional sanitario en una tesitura complicada al prohibir la asistencia sanitaria a quien, hasta ese momento, había sido un paciente. En relación a la praxis sanitaria, es oportuno advertir que tras la adopción de esta normativa únicamente se reconoció la asistencia sanitaria para las personas inmigrantes irregulares en las situaciones excepcionales que establece el artículo tercero: "a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica; b) De asistencia al embarazo, parto y postparto; c) En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles" (BOE, 2012, 31826). Posteriormente, se amplió la atención sanitaria en los casos de enfermedades infecciosas y cada comunidad autónoma reguló, en función de sus competencias, con más excepciones. Sin embargo, lo cierto es que son diversos los casos en que, aun ha-

llándose en alguna de estas situaciones, algunas personas no han sido atendidas. Precisamente la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012, REDER⁷, ha documentado miles de casos que constatan que se ha vulnerado el derecho a la atención sanitaria encontrándose en alguna de las situaciones excepcionales que contempla lo articulado en el decreto. Además, la nueva normativa ha causado un gran desconcierto que opera como freno a la hora de que estas personas acudan a un centro sanitario, pues carecen de garantías de recibir asistencia sanitaria y temen por su condición administrativa irregular.

No hay que olvidar que de la noche a la mañana el Gobierno aseguró haber retirado 900.000 tarjetas sanitarias, implicando la eliminación de miles de historiales médicos. Este análisis del impacto del RDL 16/2012 sobre la población inmigrante revela la exposición al padecimiento de problemas de salud –tanto físicos como mentales–, y en último término, la desprotección de sus vidas. Las personas inmigrantes en situación administrativa irregular corren el riesgo de que las enfermedades que ya padecían y que estaban siendo tratadas –previamente a la entrada en vigor de esta normativa– empeoren, así como la no detección de nuevas enfermedades o de problemáticas como ser víctima de la trata o la violencia de género. En relación a ello, cabe señalar que el Real Decreto 1192/2012⁸ amplió las excepciones del RDL 16/2012 para incluir a las y los solicitantes de asilo y refugio y a las víctimas de trata durante el denominado período de reflexión. Sin embargo, son previsiones insuficientes, pues atendiendo al primer caso el derecho a la asistencia está limitado a aquellas personas autorizadas a la estancia en España, excluyendo a quienes se encuentran en un proceso de reconocimiento de sus estatus como individuo con protección internacional. Y en el caso de las víctimas de trata, el derecho a la cobertura sanitaria sólo se contempla para quienes habiendo sido identificadas como tales, se hallen de alguna forma bajo la protección de las autoridades y durante el tiempo correspondiente al periodo de restablecimiento y reflexión. Por otra parte, merece una mención especial los casos de mujeres a las que se les ha denegado la realización de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de los márgenes que ampara la actual legislación, implicando el riesgo de que decidan someterse a ello sin las debidas garantías sanitarias. Atendiendo a las víctimas de la violencia sexual, el estudio *Violadas y expulsadas* de la Fundación Aspacia (2013) identifica la reforma de acceso a la atención sanitaria como un ejemplo de regulación que conlleva una discriminación directa a las mujeres migrantes en situación administrativa irregular frente a la violencia sexual, pues considera que obstaculiza el acceso a tratamientos fundamentales para la recuperación de dichas personas. Respecto a estas cuestiones, resulta esclarecedor reflexionar desde un enfoque interseccional sobre cómo la vulnerabilidad producida por este decreto se intensifica en torno al eje etnia-clase social-género.

Sin duda, la cara más oscura del RDL 16/2012 es su vinculación con los fallecimientos de Alpha Pam, Soledad Torrico y Jeanneth Beltrán, inmigrantes en situación irregular que carecían de tarjeta sanitaria y cuyos casos se asocian a los errores generados por dicho decreto. Se trata de muertes que se podían haber evitado, pero el ambiente de confusión originado por la reforma sanitaria y una mala praxis por parte de los profesionales sanitarios implicados supusieron un nefasto resultado para estas personas. Se torna evidente que esta normativa, desde un planteamiento neoliberal, ha sido fundamentado en principios económicos, sin reparar en la protección de la salud y el derecho a la vida, teniendo un coste humano innegable. La titularidad del derecho a la salud, un derecho humano, se ha supeditado a una condición administrativa. En consecuencia, el acceso sanitario no concibe a personas sino a ciudadanos-no ciudadanos. Como telón de fondo, nos encontramos con el ejercicio de un poder biopolítico que distingue entre vidas que “hacer vivir” y vidas que “dejar morir”. En relación a ello, es relevante señalar que la primera vez que el filósofo francés Michel Foucault aplicó de forma sistemática el término “biopolítica” fue en su obra *Hay que defender la sociedad* (2003), haciendo referencia al nacimiento del racismo en el Estado moderno. Sostenía que en una sociedad que ya no posee el derecho de dar muerte, sino que su intervención se basa en hacer vivir, el racismo se torna como el único modo de hacer admisible la muerte y ejercer el antiguo poder soberano de matar⁹. Partiendo de la teoría biopolítica foucaultiana, el filósofo italiano Roberto Esposito introduce el paradigma inmunitario con el objetivo de desvelar la negación de la vida: “la inmunización es precisamente una forma de protección negativa. Eso significa que si la inmunidad, necesaria para proteger nuestra vida, se lleva más allá de cierto umbral, acaba negando la vida” (Esposito, 2004, 126). En efecto, la protección inmunitaria siempre corre el riesgo de avivar el mecanismo perverso de la enfermedad autoinmune. Esto significa que, para proteger al *cuero social* y reproducir la vida –la concebida como digna de preservar–, se aniquila la vida que lo excede –a esa vida concebida como patógena y perniciosa–. La perspectiva de Esposito contribuye a reflexionar sobre cómo el colectivo migrante indocumentado es concebido como un riesgo para el país receptor, como un elemento patológico para los países desarrollados. En esta línea, se torna evidente que el RDL 16/2012 es una medida política que redundante en la negación de la vida.

De acuerdo con ello, las categorías de “vulnerabilidad” y “precariedad” expuestas por la filósofa norteamericana Judith Butler en su obra *Vida precaria* (2006), resultan útiles para conceptualizar la cuestión migratoria actual en torno a dicha normativa. La filósofa teoriza que la vulnerabilidad y la precariedad no están igualmente distribuidas entre todos los individuos y entre todas las poblaciones. Esto supone que la vulnerabilidad

se exacerba bajo ciertas condiciones sociales y políticas. Aquí no procede ahondar en cómo se distribuye la vulnerabilidad y la precariedad a lo largo del planeta, pero sí percatarse de la distribución radicalmente diferenciada que se da en la política sanitaria española con el RDL 16/2012. El Estado puede activar mecanismos de protección frente al daño, o todo lo contrario, reforzar mecanismos –políticos, sociales, económicos, etc.– que intensifican la vulnerabilidad que padecen las y los inmigrantes irregulares. Dicha normativa es un ejemplo de producción masiva de vulnerabilidad hacia este colectivo, excluir a estas personas del sistema sanitario español revela cómo estas poblaciones están más expuestas a las enfermedades, a los daños y a la muerte. Precisamente esta realidad guarda relación con la diferenciación, planteada por Butler, que se da entre *lo que cuenta como vida* y lo que no, lo que redundaría en que la vida se mantiene y se cuida diferencialmente. Esto supone que ciertas vidas están sumamente protegidas, mientras que otras se hallan completamente desprotegidas.

Considerado todo lo anterior, se puede advertir que el RDL 16/2012 se fundamenta en un planteamiento dicotómico respecto a la protección de la vida: por un lado, vidas dignas de proteger y, por el otro, vidas que no merecen tal protección. En otras palabras, mientras se reivindica la cobertura sanitaria para la ciudadanía española, se excluye a las y los inmigrantes irregulares exponiéndolos, en último término, a la muerte. Concibiendo la historia del sistema sanitario español dentro de un marco biopolítico, se advierte que la nueva legislación es un ejemplo de las sombras del poder biopolítico. Mientras se reproduce la vida, la de “nosotros/as”, se aniquila la de “ellos/as”. En torno a ello, se produce masivamente vulnerabilidad ligada al estatus migratorio, produciendo vidas precarias.

3. Conclusiones

En resumen, en este artículo se ha indagado en el discurso sobre el que cimentó la reforma sanitaria. La exclusión sanitaria del colectivo migrante irregular se ha fundamentado en un discurso político xenófobo, infiriendo que estas personas vienen a España con el propósito de beneficiarse de la cobertura sanitaria española. Dicho argumento resulta totalmente absurdo respecto al fenómeno migratorio y las razones para migrar. Uno de los primeros efectos del RDL 16/2012 es provocar un giro en la política sanitaria española, fracturando su universalidad y gratuidad. Equiparar turismo sanitario y migración irregular supone ejercer el mecanismo del chivo expiatorio, pues mientras se atenta contra el sistema de salud público y su carácter universal, se pone en el punto de mira a las y los inmigrantes indocumentados promoviendo un fomento de la xenofobia.

La instrucción de negar la asistencia sanitaria en el Sistema de Nacional de Salud español al colectivo migrante indocumentado es un ejemplo de producción masiva de vulnerabilidad que, a su vez, se encuentra en sintonía con una política de la estigmatización y la criminalización de la inmigración irregular.

Recordemos que, a pesar de los casos excepcionales que contempla el RDL 16/2012, se han contabilizado miles de casos de la vulneración del derecho a la asistencia sanitaria. Esta normativa ha operado como freno a la hora de que estas personas acudan a un centro sanitario, y ha generado una coyuntura de confusión y de conflictos éticos entre las y los profesionales sanitarios. Además, examinar los casos de las mujeres inmigrantes irregulares desde un enfoque interseccional revela cómo se intensifica la vulnerabilidad producida por dicho decreto en torno al género.

Para ahondar en el impacto del RDL 16/2012 sobre el colectivo migrante irregular, ha resultado provechoso considerar el pensamiento de Michel Foucault, Roberto Esposito y Judith Butler. Articular estas teorías filosóficas en torno al decreto, me ha permitido revelar la parte más oscura de la protección de las vidas. La reforma sanitaria se enmarca en una (bio)política que al mismo tiempo que protege y “hace vivir” ciertas vidas, desprotege y “hace morir” otras.

El hecho de que el acceso sanitario se supedite a las categorías ciudadanía-no ciudadanía refuerza la barrera nosotros-ellos, con la deriva que podría ser expresada como: “nosotros” tenemos derecho a la vida y a una calidad de vida, y “ellos” no. Este tipo de medidas políticas deben ser entendidas como mecanismos que intensifican la vulnerabilidad para el colectivo migrante irregular, un colectivo ya de por sí expuesto a las desigualdades socio-económicas. La incorporación de los presupuestos neoliberales, con el objetivo de lograr una supuesta eficiencia económica, está fracturando los pilares del Estado de bienestar vulnerando un derecho fundamental, el derecho a la atención sanitaria. Resulta ineludible para la bioética analizar el impacto las políticas de recortes en el sistema sanitario y, precisamente con este artículo, me sumo a esta ardua labor.

Bibliografía

Boletín Oficial del Estado (BOE) n° 98, de 24 de abril de 2012. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

Butler, Judith (2006): *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*, Buenos Aires, Paidós.

Esposito, Roberto (2007): *Bíos. Biopolítica y filosofía*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.

- Foucault, Michel (2003): *Hay que defender la sociedad*. Curso del Collège de France de 1976, Madrid, Akal.
- Fundación Aspacia (2013): *Violadas y expulsadas: Entre el miedo y la desprotección. Mujeres migrantes en situación irregular frente a la violencia sexual*. Disponible en: <https://www.west-info.eu/it/violentate-ed-espulse-uno-scandalo-spagnolo/fundacion-aspacia-violadas-y-expulsadas-2013/>
- Lema Tomé, Margarita (2013): "La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular", *Eunomía, Revista en Cultura de la Legalidad*, nº 5, septiembre 2013.
- Moreno Mulet, Cristina (2016): Tesis Doctoral "Conflictos éticos y acciones de resistencia: los profesionales de Atención Primaria de Mallorca frente a los recortes en el Sistema Público de Salud", Universitat de les Illes Balears.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2012): "Análisis ético ante la retirada de asistencia sanitaria a inmigrantes sin permiso de residencia".

Notas

1. Con la intención de no resultar reiterativa, en adelante me referiré al Real Decreto-Ley 16/2012 denominado *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* con las siglas RDL 16/2012.
2. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
3. Al principio, el Gobierno fundamentó la adopción del RDL 16/2012 en la necesidad de reducir el gasto público, aunque posteriormente el Ministro de Sanidad redirigió la línea argumentativa de su discurso debido a los tajantes argumentos aducidos por las organizaciones de derechos humanos que evidenciaban que, lejos de suponer un ahorro, esta normativa supondría más costes en términos económicos, dado que la desatención en estadios tempranos de cualquier enfermedad supondría una atención de urgencia posterior más costosa. Es entonces cuando el Gobierno expone que la creación de esta normativa se apoya en la aplicación de la normativa europea y las conclusiones del Tribunal de Cuentas, con el objetivo de garantizar "el principio de reciprocidad" cuando la población española viaja al extranjero y "frenar el turismo de salud".
4. Resulta pertinente recordar que la residencia legal en España está vinculada al mercado de trabajo. La gran crisis que atraviesa este país desde 2008 ha agravado el número de personas que se encuentran en situación de desempleo, impactando, aún con más dureza, en la población inmigrante. La pérdida de empleo de estas personas ha implicado que en muchas ocasiones hayan perdido el derecho de residencia al no poder acreditar su cotización a la Seguridad Social. Por ende, estas personas además de perder su residencia han perdido su acceso a la sanidad pública desde la entrada en vigor del RDL 16/2012. Aun así, las y los migrantes mientras estuvieron en alta laboral pagaron sus impuestos y cotizaciones correspondientes, lo que pone de manifiesto que no vinieron a España con el único objetivo de beneficiarse de una asistencia sanitaria gratuita.
5. No hay que olvidar que el RDL 16/2012 no sólo supone la exclusión sanitaria de las y los inmigrantes en situación administrativa irregular. También implica la exclusión de las personas españolas mayores de veintiséis años que nunca han trabajado, e introduce el copago de los usuarios: "la prestación farmacéutica

ambulatoria estará sujeta a aportación del usuario” y “la aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario”. Además, cabe señalar que restringiendo el acceso sanitario se ha beneficiado a las organizaciones privadas proveedoras de servicios de salud.

6. Para ampliar la información se puede consultar: http://www.who.int/social_determinants/es/
7. Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012. Disponible en: https://www.reder162012.org/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=102
8. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477
9. Para Foucault, precisamente fue el surgimiento y el ejercicio del biopoder lo que hizo posible que el racismo se imprimiese en los mecanismos del Estado moderno. Pero el racismo y la función de muerte que se da es bastante peculiar, no es meramente por un motivo de odio o desprecio, sino que va más allá: se traduce como el fortalecimiento biológico de la propia raza mediante la eliminación de la raza rival.