

A0029

AUDIENCIA NACIONAL

Juzgado Central de Menores

(Con Funciones de Vigilancia Penitenciaria)

Domicilio: GOYA 14. 28071 MADRID

Tif: 914007436; 914007437

Fax: 914007438; 914007439

ASUNTO: CLASIFICACION 0000396 /2009 0003

INTERNO: [REDACTED]

ABOGADO: JOSE MARIA MATANZAS GOROSTIZAGA

CENTRO PENITENCIARIO: MADRID VI - ARANJUEZ

Negociado: dc

AUTO-1637/2020

En Madrid a dieciocho de mayo de dos mil veinte

Dada cuenta; y

PRIMERO.- Se ha recibido en este Juzgado documentación relativa a la interna [REDACTED] del Centro Penitenciario de MADRID VI - ARANJUEZ, formulando recurso contra el Acuerdo de la S.G.I.P, por el que se le mantiene en segundo grado de tratamiento.

SEGUNDO.- Tramitada la oportuna queja, se practicaron cuantas diligencias se estimaron pertinentes, en orden a esclarecer los hechos motivo de queja.

TERCERO.- Se remitió la queja al Ministerio Fiscal, el cual informó en el sentido de desestimar el recurso.

RAZONAMIENTOS JURÍDICOS

PRIMERO.- La ejecución de las penas privativas de libertad se orienta a la reinserción y reeducación, con arreglo a la legislación vigente (artículo 25 C.E. y artículo 1 de la L.O.G.P.). Las penas han de ejecutarse según un sistema de individualización científica, separado en grados (artículo 72.1 de la ley), sin que en ningún caso pueda mantenerse a un interno en un grado inferior cuando por la evolución de su tratamiento se haga merecedor a su progresión (artículo 72.4).

Debe tenerse en cuenta al respecto el contenido de los artículos 62, 63 y 65 de la Ley General Penitenciaria, que en concordancia con el art. 106 del Reglamento Penitenciario supone que la modificación positiva de aquellos factores directamente relacionados con la actividad delictiva manifestada en la conducta global del interno, y entraña un incremento de la confianza depositada en él, hasta el punto de permitir la atribución de responsabilidades más importantes que impliquen un mayor margen de libertad; pero tal precepto debe ser integrado con el 102 del mismo Reglamento que regula los criterios generales de clasificación de los internos, que no son otros que su personalidad, el historial individual, familiar, social y delictivo del interno, la duración de las penas, el medio social al que retorne el recluso y los recursos, facilidades y dificultades existentes en cada caso y momento para el buen éxito del tratamiento. Porque, en definitiva, la progresión a tercer grado no es sino la relación de los mecanismos normales de control de la marcha del interno en el régimen ordinario o segundo grado, concediéndole un más amplio espacio de libertad, lo que obviamente no debe hacerse si no es con una cierta garantía de éxito en el uso de ese margen de confianza y una perspectiva razonable de no utilización indebida del mismo, tanto en orden a la comisión de nuevos delitos como al quebrantamiento de la condena



SEGUNDO.- Valorando en el presente caso los anteriores criterios y concretamente las circunstancias del art 102 RP debe señalarse:

Se trata de un interno condenado en la causa 12/2011 por la Sección Tercera de la Sala Penal de la Audiencia Nacional a 12 años por un delito de banda armada colaboración y asociación ilícita.

Las fechas de cumplimiento son: **1/4:**21.06.2012; **1/2:**21.06.2015; **2/3:**20.06.2017; **3/4:**20.06.2018 y **4/4:** 19.06.2021.

Los factores de adaptación con los que cuenta el interno, se relacionan a continuación: primer ingreso en prisión y apoyo familiar.

También deben hacerse constar los elementos negativos o de inadaptación: tipo de delito; especial gravedad de los hechos, delito que exige un elevado grado de planificación y pertenencia a organización criminal.

Siendo el pronóstico de reincidencia medio alto.

La Junta de Tratamiento de 25.07.2019 acuerda por unanimidad mantener actual clasificación en segundo grado al estimar que no concurren de forma suficiente los factores que el art. 102 del Reglamento Penitenciario considera necesarios para su clasificación en tercer grado y que no son otros que la personalidad, el historial individual, familiar, social y delictivo, la duración de las penas y el medio social al que debe retornar así como los recursos con los que cuenta para ello. Así se trata de una penada condenada como autora de delito de pertenencia a organización terrorista a 6-0-0 y como autora de depósito de explosivos a 6-0-0, progresada recientemente a segundo grado, que no ha disfrutado de permisos ordinarios de salida. Por lo que, sus circunstancias personales y penitenciarias indican a juicio de la Junta de Tratamiento que aún no se encuentra capacitado para llevar a cabo un régimen de vida en semilibertad.

Debe estarse por tanto al grado acordado, sin perjuicio de su revisión en próxima clasificación en atención a las circunstancias que se valoran respecto a la hija menor de edad.

VISTOS los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación.

PARTE DISPOSITIVA

Se desestima el recurso del interno [REDACTED] del Centro penitenciario MADRID VI - ARANJUEZ, contra el **acuerdo de la S.G.I.P. de fecha 17.09.2019**, manteniéndole en 2º grado de tratamiento.

Notifíquese esta resolución al Ministerio Fiscal, remítase testimonio al Centro Penitenciario y entréguese copia al interno, informándole que podrá formular recurso de reforma ante este Juzgado en el término de tres días, o si lo prefiere, recurso de apelación en el plazo de cinco días.

Así lo manda y firma el Ilmo. Sr. Magistrado D. JOSE LUIS CASTRO ANTONIO

DILIGENCIA: Seguidamente se cumple lo ordenado, documentándose en forma la siguiente resolución. Doy fe.

Juzgado Central de Vigilancia Penitenciaria
Asunto: Clasificación 000396/2009 0003.
Escrito: *queja defensas*
Interno: [REDACTED]
Abogado: José María MATANZAS GOROSTIZAGA
Centro Penitenciario: Aranjuez (Madrid VI)

AL JUZGADO CENTRAL DE VIGILANCIA PENITENCIARIA

JOSÉ MARÍA MATANZAS GOROSTIZAGA, letrado en ejercicio del Ilustre Colegio de Abogados de Álava-Araba con número 553, con despacho profesional abierto a efectos de notificaciones en Vitoria-Gasteiz (Álava-Araba), 01012, c/ Pasaje las Antillas, 2, 1º, oficina 2, y actuando en representación de [REDACTED], interna en el centro penitenciario de Aranjuez-Madrid VI, ante el Juzgado comparezco y, como mejor en Derecho proceda, DIGO:

Que, con fecha de 29 de abril del presente año, presentó escrito esta parte por el que interponía alegaciones en relación a la situación de su representada, solicitando se procediera, de acuerdo con la solicitud inicial de esta parte, a la progresión de su representada al tercer grado, modalidad 86.4., en atención a las circunstancias que se señalaban y que, en relación a dicha solicitud, **a través del presente escrito deseamos INCORPORAR NUEVAS ALEGACIONES**, de acuerdo con las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- En primer lugar, deseáramos incorporar al expediente una serie de observaciones de carácter genérico, acerca de las **complicaciones, riesgos y dificultades que el proceso de embarazo-lactancia implica cuando se desarrolla en un medio como en el penitenciario**. Se trata de cuestiones que pueden resultar de sentido común, compartibles por quien tenga unos mínimos conocimientos en la materia pero que hemos querido exponer **de manera ordenada y con apoyo bibliográfico**, en particular en lo que hace a los criterios de la OMS. En suma, las consideraciones se establecen en los siguientes términos, resultando particularmente de interés las referentes a riesgos de infecciones, en el actual panorama de crisis Covid19:

Evaluación de riesgos:

Tras realizar una revisión bibliográfica de la evidencia científica publicada y de las recomendaciones de los Organismos Internacionales de Salud, sobre la salud, el embarazo-parto y postparto y las instituciones penitenciarias, se exponen a continuación los riesgos estimados en la salud materno-fetal y perinatal derivados de la estancia en una institución penitenciaria. Cada conclusión y estimación de riesgo lleva referenciada la bibliografía científica más recientemente publicada.

1.- Infecciones

La población ingresada en las instituciones penitenciarias es considerada por los organismos de salud como lugares de mayor riesgo de enfermedades sobre todo infecciosas. Las condiciones de vida, el bajo nivel socioeconómico de la población, la alta prevalencia de población de riesgo y el hacinamiento hace que las infecciones sean más prevalentes que en la población general ^{(1)}.*

El diseño y los servicios de los centros penitenciarios puede involuntariamente facilitar la transmisión de enfermedades infecciosas ^{*(2)}

***Durante la gestación se producen cambios inmunológicos** (esto se debe al mecanismo necesario que se produce para la tolerancia y no rechazo materno a los tejidos fetales no idénticos genéticamente) y es por ello que las mujeres embarazadas y los fetos son susceptibles a muchas enfermedades infecciosas. A su vez las infecciones en las embarazadas son más graves que en las mujeres adultas no gestantes, y algunas infecciones tienen un gran impacto sobre el pronóstico neonatal.*

Las infecciones víricas como bacterianas suponen un factor de riesgo para el parto prematuro y para el crecimiento intrauterino retardado ^{(3-7)}*

2.- Estrés psicosocial-ambiental

A través de las mediciones de la concentración en sangre de corticotropinas se ha podido demostrar una clara correlación del estrés mental, ambiental o psicosocial con el incremento de riesgo de partos prematuros y de crecimientos intrauterinos retardados. ^{(8-17)}*

3.- Preparación maternal

Por otra parte, la mujer embarazada tiene derecho a asistir a una educación prenatal y a clases de preparación al parto. Este ha demostrado ser beneficioso para el correcto desarrollo del embarazo, parto, lactancia y crianza del recién

nacido. Así lo determinan todas las sociedades científicas de obstetras y ginecólogos y la propia OMS.

4.- Urgencias y emergencias obstétricas

Dentro de la clasificación y triage de las urgencias (consideradas patologías de atención en 24-48 horas), algunas de las urgencias obstétricas (amenaza de parto prematuro, partos precipitados, la hemorragia del tercer trimestre por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta y eclampsias) son consideradas emergencias, denominadas así porque el tiempo de actuación es uno de los principales factores pronósticos, es decir que requieren atención obstétrica hospitalaria inmediata. Los centros privativos de libertad conllevan por las medidas administrativas necesarias de traslado una demora al acceso inmediato a la asistencia especializada necesaria con la implicación pronóstica que esto conlleva.

5.- Alimentación y embarazo-puerperio

Desde el punto de vista nutritivo la dependencia del feto del organismo materno es total. El crecimiento del feto depende totalmente de la ingesta dietética de la madre. Por lo que las necesidades nutricionales durante el embarazo-lactancia son más exigentes que en la mujer adulta no-gestante.

La ingesta calórica debe aumentar en el embarazo-lactancia y debe estar repartida en comidas frecuentes y regulares (no sujetos a horarios de comida rígidos o estrictos). Existe una clara asociación entre el bajo peso y la escasa ganancia ponderal materna durante el embarazo con el riesgo de parto prematuro^{(18-20)}.*

Durante el embarazo se debe incrementar la ingesta de ácido fólico, hierro, calcio, yodo, zinc y vitaminas A, B, E, C y D (este último relacionado con la exposición solar que pudiera estar disminuido en un centro privativo). La deficiencia de algunos de estos micronutrientes está relacionada con anomalías congénitas, pre-eclampsia, parto prematuro, crecimiento intrauterino retardado, algunos cánceres infantiles, autismo y retrasos en el lenguaje del niño. ^{(21-29)}*

La adecuada ingesta y suplementación de hierro es primordial, ya que la anemia moderada (sobre todo durante el primer trimestre) aumenta el riesgo de partos prematuros. ^{(30,31)}*

La ingesta de pescado debe ser selectiva, se debe asegurar la ingesta de pescados frescos ricos en ácidos Omega-3 ya que su escasa ingesta ha demostrado correlacionarse con un riesgo aumentado de partos prematuros^{(32,33)}. Se debe a su vez disminuir la ingesta de pescados con alto contenidos mercuriales derivados de la contaminación marítima ya que la alta*

*exposición a ellos producen efectos fetales como alteraciones del sistema nervioso central, retrasos intelectuales, motores y psicosociales**(34-38)

A su vez la FDA recomienda extremar las precauciones en cuanto a la higiene alimentaria. Ya que se pueden adquirir diversas enfermedades como la toxoplasmosis, la listeriosis y la brucelosis que producen infecciones con grave afectación fetal. Se deben desinfectar las frutas y las verduras frescas, el lavado de manos en la manipulación de alimentos es primordial, las carnes, aves y pescados deben estar bien cocinados y las superficies de preparación de alimentos y utensilios de cocina no deben de haber tenido contacto directo previo con carnes, aves y pescados crudos. *(39)

Las características de los centros penitenciarios hacen que este estricto control alimentario necesario y la cobertura de las necesidades nutricionales del embarazo se vean dificultadas.

SEGUNDA.- La conclusión de lo anterior es evidente. Una revisión sistemática evidencia que las mujeres embarazadas ingresadas en prisión tienen un mayor riesgo de partos prematuros y de recién nacidos de bajo peso que la población obstétrica general.*(40)

Basándose en la evidencia científica y en las recomendaciones de organismos de salud internacionales y en expertos en la salud de las mujeres en los centros penitenciarios, la **Organización Mundial de la Salud es clara al respecto y publicó junto con la Organización de las Naciones Unidas una guía de recomendaciones sobre las mujeres y los centros penitenciarios.** (Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health. 2009). En esta guía hay 6 artículos específicos (58-63, pág: 31 y 32) correspondientes al embarazo, parto y lactancia. El artículo 58 dice textualmente:

“ Para proteger la salud de la madre y el recién nacido, el embarazo debe considerarse en principio un obstáculo para el encarcelamiento, tanto preventivo como en cumplimiento de condena. La mujer embarazada no debe ser ingresada en prisión excepto por razones absolutamente necesarias. Cuando una mujer ingresada en prisión se queda embarazada, la necesidad de permanecer encarcelada debe ser revisada y la revisión debe ser continuada durante el embarazo. Las mujeres embarazadas en prisión deben ser consideradas como candidatas para medidas no privativas de libertad durante la condena restante (Bastick, 2005).

Referencias Bibliográficas:

- * ⁽¹⁾ Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, et al. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010; 376:367.
- * ⁽²⁾ Bick JA. Infection control in jails and prisons. *Clin Infect Dis* 2007; 45:1047.
- * ⁽³⁾ Norwitz ER, Robinson JN, Challis JR. The control of labor. *N Engl J Med* 1999; 341:660.
- * ⁽⁴⁾ Blanc WA. Pathology of the placenta, membranes, and umbilical cord in bacterial, fungal, and viral infections in man. *Monogr Pathol* 1981; :67.
- * ⁽⁵⁾ Naeye RL. Acute bacterial chorioamnionitis. *Prog Clin Biol Res* 1988; 281:73.
- * ⁽⁶⁾ Salafia CM, Vogel CA, Vintzileos AM, et al. Placental pathologic findings in preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:934.
- * ⁽⁷⁾ Klein LL, Gibbs RS. Use of microbial cultures and antibiotics in the prevention of infection-associated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1493.
- * ⁽⁸⁾ Petraglia F, Hatch MC, Lapinski R, et al. Lack of effect of psychosocial stress on maternal corticotropin-releasing factor and catecholamine levels at 28 weeks' gestation. *J Soc Gynecol Investig* 2001; 8:83.
- * ⁽⁹⁾ Lu MC, Chen B. Racial and ethnic disparities in preterm birth: the role of stressful life events. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:691.
- * ⁽¹⁰⁾ Kramer MS, Lydon J, Séguin L, et al. Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *Am J Epidemiol* 2009; 169:1319.
- * ⁽¹¹⁾ Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher NJ. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ* 1993; 307:234.
- * ⁽¹²⁾ Peacock JL, Bland JM, Anderson HR. Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine. *BMJ* 1995; 311:531.
- * ⁽¹³⁾ Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher NJ. The relationship between psychological distress during pregnancy and birth weight for gestational age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75:32.
- * ⁽¹⁴⁾ Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, et al. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003; 157:14.
- * ⁽¹⁵⁾ Chen MJ, Grobman WA, Gollan JK, Borders AE. The use of psychosocial stress scales in preterm birth research. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:402.
- * ⁽¹⁶⁾ Wadhwa PD, Garite TJ, Porto M, et al. Placental corticotropin-releasing hormone (CRH), spontaneous preterm birth, and fetal growth restriction: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:1063.

- * ⁽¹⁷⁾ Goland RS, Jozak S, Warren WB, et al. Elevated levels of umbilical cord plasma corticotropin-releasing hormone in growth-retarded fetuses. *J Clin Endocrinol Metab* 1993; 77:1174.
- * ⁽¹⁸⁾ Oken E, Taveras EM, Kleinman KP, et al. Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:322.e1.
- * ⁽¹⁹⁾ Schieve LA, Cogswell ME, Scanlon KS, et al. Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. The NMIHS Collaborative Study Group. *Obstet Gynecol* 2000; 96:194.
- * ⁽²⁰⁾ Mercer BM, Macpherson CA, Goldenberg RL, et al. Are women with recurrent spontaneous preterm births different from those without such history? *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:1176.
- * ⁽²¹⁾ Badovinac RL, Werler MM, Williams PL, et al. Folic acid-containing supplement consumption during pregnancy and risk for oral clefts: a meta-analysis. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2007; 79:8.
- * ⁽²²⁾ Goh YI, Bollano E, Einarson TR, Koren G. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2006; 28:680.
- * ⁽²³⁾ De-Regil LM, Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T, Peña-Rosas JP. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD007950.
- * ⁽²⁴⁾ Roth C, Magnus P, Schjølberg S, et al. Folic acid supplements in pregnancy and severe language delay in children. *JAMA* 2011; 306:1566.
- * ⁽²⁵⁾ Linabery AM, Johnson KJ, Ross JA. Childhood cancer incidence trends in association with US folic acid fortification (1986-2008). *Pediatrics* 2012; 129:1125.
- * ⁽²⁶⁾ Catov JM, Bodnar LM, Ness RB, et al. Association of periconceptional multivitamin use and risk of preterm or small-for-gestational-age births. *Am J Epidemiol* 2007; 166:296.
- * ⁽²⁷⁾ Wen SW, Chen XK, Rodger M, et al. Folic acid supplementation in early second trimester and the risk of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198:45.e1.
- * ⁽²⁸⁾ Surén P, Roth C, Bresnahan M, et al. Association between maternal use of folic acid supplements and risk of autism spectrum disorders in children. *JAMA* 2013; 309:570.
- * ⁽²⁹⁾ [Barrett H, McElduff A. Vitamin D and pregnancy: An old problem revisited. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2010; 24:527.](#)
- * ⁽³⁰⁾ Xiong X, Buekens P, Alexander S, et al. Anemia during pregnancy and birth outcome: a meta-analysis. *Am J Perinatol* 2000; 17:137.

*(31) Zeisel SH, Allen LH, Coburn SP, et al. Nutrition: a reservoir for integrative science. J Nutr 2001; 131:1319.

*(32) Olsen SF, Secher NJ. Low consumption of seafood in early pregnancy as a risk factor for preterm delivery: prospective cohort study. BMJ 2002; 324:447.

*(33) Olsen SF, Secher NJ, Tabor A, et al. Randomised clinical trials of fish oil supplementation in high risk pregnancies. Fish Oil Trials In Pregnancy (FOTIP) Team. BJOG 2000; 107:382.

*(34) Grandjean P, Weihe P, White RF, et al. Cognitive deficit in 7-year-old children with prenatal exposure to methylmercury. Neurotoxicol Teratol 1997; 19:417.

* (35) Julshamn K, Andersen A, Ringdal O, Mørkøre J. Trace elements intake in the Faroe Islands. I. Element levels in edible parts of pilot whales (*Globicephalus meleanus*). Sci Total Environ 1987; 65:53.

* (36) Kjellstrom, T, Kennedy, P, Wallis, S, et al. Physical and mental development of children with prenatal exposure to mercury from fish. Stage 1 and stage 2 results at ages 4 and six. National Swedish Environmental Board Reports #3080 (1980) and 3642 (1986).

* (37) Mitchell JW, Kjellstrom TE, Reeves RL. Mercury in takeaway fish in New Zealand. N Z Med J 1982; 95:112.

* (38) Myers GJ, Davidson PW, Cox C, et al. Prenatal methylmercury exposure from ocean fish consumption in the Seychelles child development study. Lancet 2003; 361:1686.

* (39) FDA

*(40) [Knight M, Plugge E. The outcomes of pregnancy among imprisoned women: a systematic review. BJOG 2005; 112:1467.](#)

*(41) OMS-ONU: Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health. 2009

TERCERA.-Por otra parte, acompañamos **respuesta dada por el Gobierno a una pregunta dirigida, en marzo del presente año, por un miembro del Congreso de los Diputados en relación a la situación de mujeres presas con hijos menores de 3 años a su cargo en el interior de las prisiones, en la que se subraya que (la respuesta lleva fecha de 20 de abril del presente año):**

“En este sentido, se favorece, siempre que las circunstancias lo permitan, la progresión de grado de las madres para que los menores estén el menor tiempo posible en los centros penitenciarios”,

de lo que se deduce que lo solicitado por esta parte no resulta caprichoso ni aventurado sino que conecta plenamente con los criterios de la SGIP.

En su virtud,

AL JUZGADO SUPPLICO: que, teniendo por presentado este escrito, se sirva admitirlo y, previos los trámites legales oportunos, **se tengan por incorporadas las consideraciones expuestas y se proceda a la progresión de su representada al tercer grado, modalidad 86.4.**

Es Justicia, en Vitoria-Gasteiz para Madrid, a cinco de mayo de dos mil veinte.