

CASO HORACIO HERNANDEZ

- **Aclaraciones preliminares**

1. Los hechos y personas descritos en este caso son ficticios, como también los lugares y nombres utilizados.

2. Durante la audiencia de control de la acusación, la defensa interpuso una excepción de atipicidad y un pedido de sobreseimiento por falta de prueba; los cuales fueron rechazados, ambos bajo fundamento de que debían ser cuestiones debatidas en juicio.

3. Todas las declaraciones fueron brindadas en la sede del Ministerio Público Fiscal, en las fechas indicadas. Se encuentran firmadas por los declarantes y no poseen vicios que permitan su impugnación formal.

- **Prueba admitida de las partes**

- **Prueba de la acusación**

- Declaración de Carolina Castro
- Declaración de Flavio Funes
- Declaración de Carlos Cásares

- **Prueba de la defensa**

- Declaración de Mariela Morales
- Declaración de Néstor Narváez
- Declaración de Horacio Hernández (imputado)

Prueba de la acusación

Carolina Castro

Tengo 40 años y soy profesora de educación física, trabajo en un jardín de infantes en turno mañana y en turno tarde trabaja en las tres escuelas medias de Los Sauces. Nací en esta provincia y estoy en Los Sauces desde el 2006. Vivo con mi compañero, Marcos Muñoz. Tengo un hijo de 7 años y dos hijas: una de 4 y una de 2 años. Mi familia natal se encuentra en la capital de la provincia: mamá y hermanos.

Tuve a mis hijas e hijo en el hospital de Los Sauces. Horacio Hernández fue el médico que controló los embarazos. Lo conocí en el año 2010, cuando empezamos a pensar en un embarazo. Lo fui a ver por sugerencia de conocidas y amigas que me decían que era un médico responsable, comprometido, meticoloso, que tenía en cuenta todo, revisaba várices, celulitis. Todo eso. Que era muy detallista y cuidadoso en el embarazo. No recuerdo particularmente la primera vez que fui a verlo. Recuerdo que me explicó todo lo que tenía que hacer en forma previa al embarazo, me dio ácido fólico. Cuando quedé embarazada, me empecé a controlar con él.

Previo a esto no tenía médico ginecólogo en Los Sauces. Cuando pensé en tener un hijo se empecé a atender con él. Y desde que nació mi última hija no volví a ir a un ginecólogo porque ya no tengo mucha confianza.

Siempre concurría a los controles después de las 17, que me quedaba más cómodo porque salía del trabajo. Como a las 15 cierra enfermería, él hacía también ese control: tomar presión, me pesaba, etc. Me atendía en ropa interior generalmente. A veces me hacía poner una bata, pero generalmente sólo la atendía en ropa interior.

En el primer embarazo me acompañaba a los controles mi compañero. En el segundo no porque se quedaba con el bebé. El segundo embarazo fue en 2014.

Cuando estaba Marcos era otro el trato y otra la actitud en la consulta. Siempre fue así.

En una ecografía, él me dijo algo desubicado: “permiso, me voy a recostar entre sus piernas, como dice Cerati” y apoyó el antebrazo entre mis piernas para hacer una ecografía abdominal. A la siguiente, que fue con Marcos, casi no me dirigía la palabra. El cambio era así de rotundo.

Cuando pasó eso en mi tercer embarazo, me sentí incómoda. No le dije nada. Supongo que porque es médico. En las otras situaciones que comento me ponía tensa, rígida, pero no decía nada. Cuando me controlaba las várices me apoyaba una mano en la cola, con la otra le acariciaba las piernas. Durante los tres embarazos hizo lo mismo. Jamás le pude decir nada, nunca tuve el coraje de decirle que no me gustaba lo que le hacía.

Nunca tuve várices, ni tuve antecedentes, soy una persona deportiva. Se lo contaba a mi marido. Llegaba a la casa y le decía “podés creer que otra vez me tocó el culo”. A varias personas le decía: “es necesario que me pese en bolas?”, “es necesario que me controle las várices?”.

El 15 de abril de 2016, en el último embarazo, fui a un control y él me controló las várices. Con la mano siempre apoyada en el cachete del culo. A las dos semanas, el 6 de mayo vuelvo a ir y hace lo mismo. Le dije “Horacio, me controlaste hace dos semanas”. Y él respondió “pero no me acuerdo”. Sinceramente lo sentí siempre como un médico meticuloso: se acordaba hasta de mi primer parto, cómo no se iba a acordar del control. Ahí él me dice “viste, mi amor? si vos te hacés un drenaje y te ponés cremita, mirá cómo mejora tu piel”. Por ahí pasaron dos segundos, pero para mí fue eterno. Me sentía incómoda, me sentía en una situación donde creo que se aprovechaba de mi porque era mi médico. Ahora me da vergüenza porque nunca le dije nada, nunca le pude decir nada.

En ese momento cursaba mi 5to o 6to mes de embarazo y ahí me saturé y dejé de atenderme con él. De hecho, en el tercer embarazo no me atendí con él, sino con un médico de una salita (Fernando Flores). Pero lo tuve que ir a ver a Horacio para

hacerme una ecografía. Cuando le conté que tenía hipotiroidismo, Horacio me dijo que era un embarazo de riesgo por mi edad (39 años) y por la condición del hipotiroidismo. Por eso me sugirió que volviera a atenderme en su consultorio y lo hice. Ahí fue que pasaron dos situaciones: en la primera eso que conté sobre la “cremita” y en la segunda me acompañó mi marido y fue una situación completamente diferente.

Dejé de atenderme con él y empecé a atenderme con las parteras, conozco a una de las chicas que es partera, Nora Nogales, cuyo marido también es ginecólogo y director del hospital. Un día Horacio se la encontró a Nora y le preguntó si yo ya había tenido al bebe; yo le dije a Nora que no me atendía más con Hernández porque me había pasado algo feo. Nora me preguntó “¿qué? ¿Te tocó la cola?” y ahí me enteré que había comentarios.

Cuando empecé a atenderme con Nora, ella me pidió que se lo contara a otras profesionales. Le conté a Fernando Flores, Viviana Vera y Daniela Díaz. A Fernando Flores, que es ginecólogo y también amigo se lo conté en los tres embarazos. Flores es médico generalista.

Cuando hice la denuncia en el hospital, Narváez, que era el director del hospital y lo conocía de otros ámbitos, me dijo “Caro, nada de lo que te hacía era necesario”. Me lo dijo como director del hospital y como médico cuando hice la denuncia.

Gabriela González es amiga y abogada. Después de un control en el embarazo de Julia, mi nena, Gabriela y Fernando Flores estaban en mi casa tomando mate y les conté lo que le había pasado. Cuando les conté, Gabriela González me dijo lo que dice cualquier mujer “qué feo lo que te pasa, qué horrible, me pongo en tu lugar”. Aclaro que nunca nadie me dijo “Caro, denuncialo”.

Sé que después de la última vez, él se dio cuenta que se había zarpado, porque le preguntó a Nora y a una compañera del jardín si había tenido el parto.

Muchas mujeres se ponen en el lugar de la otra, pero rara vez se invitan a denunciar. Pensé en hacer la denuncia en el hospital porque sabía que hacer la

denuncia en la fiscalía era un desgaste y no quería pasar por eso durante el puerperio. En el hospital hice la denuncia alrededor de mayo de 2017. Julia nació en septiembre, pasó el verano y creo que en mayo hizo la denuncia.

Ni bien salí del embarazo no tenía ganas de pasar por esto. No tengo ganas de estar en un juicio. Lo hago porque no quiero que el médico tenga la posibilidad de aprovecharse de ninguna mujer. Soy madre de dos hijas y profesora. Una amiga me decía “imagínate, si a vos te hace eso lo que les hará a las pibas, a las adolescentes”. No quiero que ninguna mujer más tenga que pasar por lo que sentí: estar sometida en una camilla con una mano en el culo sin querer. Soy profesora de educación física, trabajo con el cuerpo. Una sabe cuál es el límite. Pero transitaba por el embarazo, estaba en un estado de vulnerabilidad y él se aprovechaba de esa situación. La verdad es que no podía decir nada.

El 11 de octubre de 2017 hice la denuncia penal. Recuerdo que en el verano, Julia nació en septiembre, trascendió una denuncia de abuso perpetrada por Hernández a una chica Mariel, que no conocía y no sé el apellido. Esta chica me contó, me mostró los videos y me contó lo que le pasó. La fui a ver a su casa porque me enteré por la colectiva que la estaba acompañando que ella había vivido una situación parecida. Hay dos colectivas de mujeres en la ciudad. En las dos colectivas tengo amigas, pero no formo parte de ninguna.

Cuando Mariel me vino a ver, interpreté que si había más mujeres que se animaran a denunciar había más posibilidades de que él fuera sentenciado. Ella me dijo que en ese momento no me podía asegurar que iba a denunciarlo, no estaba segura de querer pasar por este proceso. Mariel, después de perder un embarazo y en una situación de vulnerabilidad, me relató lo que le había hecho y fue eso lo que hizo convencer que lo que yo sentí era un abuso. Como me tocaba el culo, pero no hacía más que eso: tocarme el culo, yo me preguntaba si era abuso o no era abuso. Me tocaba de manera indebida para un ginecólogo, pero no sabía que era abuso. Hablando con esta chica me confirmó que lo que sentía era real: que el tipo es un zarpado o un abusador.

La vida no me cambió en nada por esta situación. Sinceramente, no me impidió seguir con mi vida normal, ni seguir con mi compañero en una relación igual a la que tuve siempre. Sí me genera rechazo lo que él hizo y pensar que otras mujeres pasen por esto. Eso es lo que más motiva a denunciar. No me interesa que esté preso, que vaya en cana, que esté en una cárcel. Creo en la reinserción de los presos. Pero no creo que él puede estar más solo en un consultorio con una mujer. Creo que a muchas mujeres en el consultorio en Los Sauces les ha pasado lo mismo, pero no tienen ganas de denunciarlo, no quieren pasar por este proceso.

Cuando yo le decía a mi marido, él me contestaba “pero sos boluda, no le decís nada”. Cuando pasa algo así lo esperable es que una reaccione. Y la verdad es que me quedaba paralizada, no podía decir nada. Ante los comentarios de mi marido me se sentía una boluda, porque realmente no le podía decir nada.

Flavio Funes

Soy psicólogo, egresado de la Universidad Nacional de Rosario en 1989. Desde el 2006 trabajo en el Gabinete de Psiquiatría y Psicología Forense del Poder Judicial, como responsable del Área de Psicología de Adultos. El Gabinete está dividido en un área de psiquiatría y dos sectores de psicología: infante juvenil y psicología adultos, que es multifueros pero el noventa por ciento de las causas en que intervenimos son penales. El gabinete depende del Ministerio Público Fiscal e interviene a requerimiento de los y las fiscales en las investigaciones. Se mantiene una articulación periódica y permanente con quienes llevan las investigaciones y gracias a esto se han desarrollado buenos instintos en materia de salud mental, ya que la gran mayoría de los peritajes requeridos terminan arrojando resultados que confirman las hipótesis delictivas de la fiscalía. Aun así, debo marcar que, como política interna, siempre en el Gabinete hemos pretendido sostener la condición de tercero neutral en el proceso. Buscamos ser objetivos.

Tengo estudios de posgrado. La mayor jerarquía que he alcanzado es doctor en psicología, terminado en 2010 con una tesis perteneciente al área de psicología jurídica. También he realizado diversos cursos de posgrado, siempre en el área de psicología y ley. En la carrera de especialización de derecho penal tengo muchas materias hechas. Últimamente hice una diplomatura de dos años en psicología del trauma.

He participado como disertante en Congresos. Recientemente participé en un seminario internacional con autoridades internacionales en la materia, donde pude constatar que lo más elevado de la actividad forense trabaja con las mismas técnicas que trabajamos nosotros en el Gabinete.

Soy profesor adjunto de la materia de psicología jurídica, en la Universidad Nacional del Comahue. Desde 2008 soy profesor adjunto, antes era auxiliar.

He realizado 930 pericias desde 2006 hasta ahora. En homicidios tengo realizadas 111. En víctimas un número mayor. En el Gabinete vemos muchas víctimas.. También imputados. Cada pericia implica una carga de trabajo en horas;

pueden ser dos o tres sesiones de entrevistas, aplicación de pruebas y trabajo de gabinete que es la redacción del informe.

En este caso se me pidieron dos puntos de peritaje: si la víctima presenta distorsiones y/o perturbaciones; y si su sentir subjetivo coincide con la experimentación sexual que dice haber padecido.

En el Gabinete somos bastante resistentes a peritar en criterios de credibilidad. Consideramos que no debemos pronunciarnos en ese punto. Hacemos una evaluación del estado actual de la persona y vemos si el estado que presenta tiene relación con el impacto de un trauma. No necesariamente sirve para desestimar un caso; ni el hecho de encontrar una condición psicológica determinada habilita para sostener automáticamente una u otra teoría.

Entrevisté a Carolina Castro. Sobre los procedimientos debo decir que la buena práctica forense requiere de la combinación de dos métodos. El *método clínico*: básicamente una conversación con la persona para recabar información sobre sus antecedentes personales, reconstruir su historia vital, apreciar signos y síntomas que podría tener la persona. Hacer una anamnesis. Es un método económico: se trata de una conversación, pero no cualquier conversación sino una sujeta a reglas. Es una entrevista semi dirigida, no libre. Porque deben explorarse los puntos que se nos requieren y ello implica dirigirse en determinado punto a explorar determinadas temáticas.

Para realizar mis intervenciones generalmente no requiero más de tres entrevistas. En este caso fueron dos porque la señora viajaba desde Los Sauces para ser evaluada. La segunda entrevista en general la reservamos para el *segundo método, el psico métrico*: consiste en la aplicación de técnicas empíricamente muy validadas, estructuradas. Estas técnicas permiten, no necesariamente descubrir algo nuevo no revelado en la entrevista, sino someter a consideración empírica y valorar las hipótesis de la entrevista.

Las técnicas del método psico métrico, al revés que en el contexto de consultorio, tienen que tener escalas de evaluación del estilo de respuestas. Sí o sí tienen que

permitir ponderar, valorar el estilo de respuesta de las personas. En el ámbito forense las personas tienen dos tentaciones: mostrarse mejor o peor de lo que están. Disimulación o simulación o exageración. Las técnicas que utilizamos permiten valorar este estilo de respuestas. En el ámbito forense los adultos siempre se presentan con un poco de sesgo. Por eso se usan técnicas que permiten identificar eso.

Entre las técnicas que se utilizan habitualmente se tienen que mencionar al test de Rorschach, los inventarios de personalidad Minnesota 2, el Inventario de Evaluación de Personalidad PAI, cuestionario de personalidad 16PF.

En este caso concreto tuvimos una entrevista interesante porque la persona tuvo actitud colaboradora. Entrevisté a una persona emocionalmente estable, que refería los hechos tal como estaban en la denuncia. Con un funcionamiento psico social adecuado. Fue una entrevista exploratoria llevada con las reglas del método clínico forense. Se realiza una exploración psico biográfica de la persona para conocer el estado actual y antecedentes relevantes que se vinculen con los puntos periciales.

Al día siguiente se aplicó el inventario de Minnesota (MMPI2), que es un auto informe brindado por la persona. Consta de 567 ítems que permiten valorar el estilo de respuesta, posible psicopatología, sintomatología y rasgos de personalidad. Para aplicar el test de Minnesota debe tenerse capacitación. El test cuenta con escalas de validez, escalas clínicas, suplementarias. No se interpreta escala por escala, sino que se hace una interpretación de todas en conjunto. Uno necesariamente tiene que realizar una capacitación acreditable para poder realizar la interpretación de forma correcta.

Con relación a la descripción de personalidad de la Sra. Castro, ella es una persona convencional, se adapta a las pautas y reglas establecidas por el entorno, emocionalmente equilibrada, puede afrontar situaciones conflictivas sin mayores problemas, se adapta a los cambios bastante bien.

En cuanto a las conclusiones. En el primer punto de pericia (distorsiones en ubicación, prueba de realidad, perturbaciones en los procesos de pensamiento), no

presenta distorsiones. Está ubicada tempo espacialmente. Hay una inteligencia normal. No hay alteraciones o disfunciones cognitivas específicas.

En cuanto al segundo punto (determinar señales de fabulación, incongruencia, incoherencia con lo relatado), no se encuentran elementos de fabulación. El relato falseado se presenta generalmente en patologías, acá no se presenta. Respecto a los hechos denunciados los relata en los mismos términos que en la denuncia. No agrega nada, ni quita nada. Debido a su constitución psíquica, a sus antecedentes psico biográficos explorados, surge que posee factores protectores para afrontar el estrés sin mayores conflictos. No hay síntomas de malestar específico, ni de ansiedad.

El último punto, la experimentación subjetiva se corresponde con la manifestación sexual que ha padecido: no existen lesiones psicológicas. Esto es debido a que tiene capacidades para tolerar el estrés y la tensión. Puede afrontar el mismo. Lo que se evalúa en la fabulación tiene que ver con pacientes psiquiátricos, sobre todo. Eso se descarta con la misma entrevista, ahí ya se observa la presencia o ausencia de este tipo de patología. Sobre los hechos no valoran veracidad, no es mi competencia referirme a ese punto.

Se descartó la aplicación del método CBCA, por ser Carolina Castro una persona adulta; y el test neuro psicológico, por no poseer ella ninguna discapacidad mental, intelectual o psicosocial. No hubieran aportado absolutamente nada.

Retomando el desarrollo sobre el test de Minnesota, puedo decir que es una técnica muy compleja. Manualmente se pueden corregir las 13 primeras escalas: las 3 de validez y las 10 básicas. Pero hay muchas escalas más: consumo, relación intra familiar, múltiples escalas. Las diez escalas básicas permiten obtener un perfil de personalidad, que se refiere a los rasgos más permanentes y estables de una persona. Lo que hace que una persona sea lo que es y cómo es por fuera de una expresión sintomática.

Es un cuestionario de 567 reactivos que describen pensamientos, sentimientos, conductas. Si son aplicables a la persona son verdaderos, sino falsos. Lo tiene que

completar ella misma al cuestionario poniendo si es V o F. Luego se hace un análisis de lo que arrojan los puntajes de cada escala. Se comienza con las escalas de validez, como la escala L, F y K. La L es la de sinceridad para determinar defensividad. Son ítems más obvios de defectos comunes que las personas no tienen problema para reconocer. F es frecuencia patológica, tiene ítems que se refieren a síntomas psico patológicos, permite evaluar simulación. La K son ítems más sutiles para determinar defensividad; defensividad es mostrarse mejor de lo que uno está. A diferencia de la simulación que es exageración sintomática. Hay también sub escalas de validez para evaluar cosas al azar, inconsistencias.

Dentro de la media, en el caso de la víctima, en la K que son los ítems más sutiles de defensividad está dos puntos por arriba, en 67. No es relevante para el caso. Tiene consistencia en todas las escalas, todas dan menor a 65. Eso da la validez, habla de la validez del protocolo.

En víctimas es impropio hacer el Minnesota dos veces. Se trata de evitar la revictimización secundaria: evitar duplicar la exploración sobre la vida de la persona. Cuando hay peritos de parte siempre tratamos de hacer el trabajo en conjunto para evitar esto. Debemos partir de la mínima intervención con las víctimas. Por el propio sistema judicial ya están muy intervenidas. Por un principio de salud mental debe evitarse maximizar la intervención. Entonces, primero debe evitarse. Siempre se trata de que si hay una segunda evaluación no se utilicen las mismas técnicas porque la persona tiende a dar defensividad porque ya lo realizó. No es extraño que, si se hace por segunda vez, el test muestre o concluya en defensividad.

También tiene que ver con cómo fue esa evaluación, cómo fue la intervención. Por ejemplo: no se pueden aplicar muchas técnicas en un mismo día, porque la persona se cansa, se fatiga, hay baja en la atención. La experiencia con víctimas enseña que eso no es procedente porque se aumenta la defensividad en la persona. La persona se siente a la defensiva, se rigidiza y es habitual que esto pase.

Hay dos tipos de víctimas: las sinceras y las que o son falsas víctimas o son víctimas que exageran. A menudo nos encontramos con víctimas que se muestran

un poco peor de lo que están, lo cual no desmerece que el hecho haya sucedido. Es una tendencia inconsciente, no maliciosa. No siempre se encuentra la huella psíquica del delito en la víctima.

El caso más burdo es el de simulación: donde la víctima directamente falsea, a veces maliciosamente a veces por error. Lo que se encuentra en el común de las falsas víctimas que, estadísticamente existe aunque no es un número significativo, es la invención de síntomas no reales, esto sería simulación.

En este caso encontré tendencia a componerse de un cierto malestar. En general diría que fue una persona que refirió su circunstancia con adecuada expresividad emocional. Sin recargar las tintas, por decirlo así. No intentó exagerar. Tenía una perspectiva bastante realista. Relató muy bien (espontáneamente) su estado de confusión inicial, de duda sobre lo que estaba pasando. También su tránsito al develamiento, por decirlo así, cobrar conciencia de lo que estaba pasando.

Eso tiene que ver con el fuerte influjo de una figura de autoridad. No solamente la médica, la bata blanca, cualquier figura de autoridad.

En el curso de una práctica en la cual la persona se pone enteramente a disposición del profesional, se da una relación asimétrica. Cuando la figura de autoridad tiene determinadas condiciones, habilidades, genera un clima de sugestión. Incluso a veces diría de sugestión hipnótica (pensando en algunos otros casos en los que hubo sentencia), donde la persona experimenta, reconoce que algo está pasando, pero ante la duda se inmoviliza. Esa es una reacción bastante habitual, más habitual que la fuga. Las reacciones habituales son esas: fundamentalmente la inmovilidad, más tarde la fuga.

La inmovilidad es una reacción biológicamente condicionada. Forma parte de los mecanismos automáticos que la evolución de la especie ha conservado en nuestro genoma. Ante el peligro inminente huimos, atacamos o nos inmovilizamos.

Carlos Cásares

Soy médico forense de la Justicia Nacional. Profesor titular en medicina legal. Profesor titular extraordinario. Ginecólogo. Trabajo para la Corte Suprema de Justicia de la Nación hace 11 años.

Fui convocado para hablar sobre la adecuación de las prácticas médicas impartidas por Horacio Hernández como profesional de la salud. Para ello, evalué la historia clínica de Carolina Castro en el hospital de Los Sauces. Debemos recordar que, de acuerdo a la Ley de Derechos del Paciente (ley 26529) todas las intervenciones de profesionales de la salud deben ser asentadas en este documento.

En relación a mi intervención, la fiscalía me requirió que evalúe dos cuestiones: si la conducta denunciada por la víctima en cuanto a las prácticas de masajes se corresponde al correcto actuar. Si es una práctica adecuada a la *lex artis*; y, la otra, cuál es la práctica recomendada para realizar ecografías abdominales y si la forma narrada se corresponde con la recomendada

En relación al primero de ello, el diagnóstico de varices se encuentra dentro del campo de la ginecología, pero no su tratamiento, que corresponde a la especialidad de la flebología.

La paciente tiene asentado en su historia clínica diagnóstico de várices más 4. Se trata de várices de no demasiada cuantía o importancia.

Lo que el médico ginecólogo debería hacer es en principio entrevistar a la paciente, verificar su actividad, la existencia de síntomas. Si la paciente presenta molestias o tiene una actividad que pueda generar una tendencia a las várices, se realiza la revisión, que consiste en la observación en primer término. Si la observación no es suficiente, puede palparse para detectar si existe algún inconveniente. Si se detecta un inconveniente vinculado con várices, debe realizarse la derivación a un flebólogo. En definitiva: Lo primero es charlar. Lo segundo es mirar. Lo tercero es tocar. Lo cuarto es derivar.

Se toca en aquella mujer que cuando están hablando refiere pesadez en las piernas, dolor. La mira y ve que tiene várices superficiales, pero a él no le permiten pensar que eso es lo que duele. Las várices son superficiales y profundas, las peligrosas son las profundas. Si él ve una pierna y ve superficiales sin ningún signo inflamatorio, va a buscar várices profundas.

En relación al punto 2, la técnica “en abstracto” para realizar una ecografía es la siguiente: colocar un gel conductor sobre la zona a estudiar de la paciente, acostada decúbito dorsal en la camilla. El médico desplaza el traductor con el objeto de visualizar distintas estructuras ginecológicas u obstétricas del mismo.

En una ecografía ginecológica transabdominal el médico desplaza el traductor de manera de ver lo que necesite. Hablando hipotéticamente, puede desplazar el traductor como mejor le convenga para ver el objetivo de su estudio que es el útero, los ovarios o lo que fuere.

No sé qué es lo que trataría de ver si apoyara el antebrazo en la zona púbica. No puedo responder concretamente si es correcto o incorrecto, no porque no tengo elementos concretos, sino que estoy hablando de escenarios hipotéticos. El ginecólogo es el médico de atención primaria. Tiene en su responsabilidad ver si existen patologías que también él va a contribuir a que se trate. No es simplemente dedicarse a colocar el espéculo. Se realiza un interrogatorio a la paciente, que es amplio. Después viene el examen del abdomen.

Más que desde el punto de vista ginecológico es de sentido común y de buena práctica tomar recaudos respecto al pudor: hay quienes dan camisolines, quienes dan otro tipo de elementos. Eso va más allá de la práctica ginecológica.

Prueba de la defensa

Mariela Mores

Soy psicóloga, recibida en 2001 en la Universidad de Flores. Nacida y criada en Cipolletti. Simultáneamente a la carrera para recibirme de psicóloga hice una maestría en España. En el año 2000 y 2001 me fui a vivir a Córdoba. Hice dos posgrados de un año y medio cada uno, en trastornos de estrés, ansiedad y pos trauma. Hice otro posgrado en psicoterapia cognitiva conductual, estrés y ansiedad. Todo en la Universidad Nacional de Córdoba, con especialistas. También un posgrado con profesores alemanes en la Universidad Nacional de Córdoba sobre estrés.

En la Universidad Nacional de Córdoba me capacité en 2000 durante un año y medio. Tres cursos de posgrado y otro en psico oncología en la Facultad de Medicina de la UNC. Se trata de temáticas que despertaron mi vocación desde que era estudiante. Todo lo que es trauma, pos trauma, adicciones, oncología; mi orientación siempre fue hacia situaciones o enfermedades de alta complejidad y es lo que me atrajo desde estudiante.

En Cipolletti estuve casi cinco años en el Hospital Público. Me convocaron para hacer cámara gesell porque en Río Negro empezaron con esa metodología en 2006. Pedían profesionales al hospital y soy la que sabía algo, por pasantías que había realizado en la facultad, por lo que me llevaron y ahí ingresé al mundo de lo jurídico.

En simultáneo, también un posgrado sobre mediación y resolución de conflictos; y toda capacitación que fui encontrando sobre cámara gesell, porque es un área muy compleja en la que tenés cursos breves, muy intensos, pero no tenés una especialización en cámara gesell. Eso me llevó a buscar especializarse en psicología del testimonio, un área bastante nueva en nuestro país. Lo hice en la Universidad Favaloro. En el año 2017 culminé el posgrado de un año en psicología del testimonio. Soy la única en el país que se dedica a investigar este tema, junto a su equipo. Luego, todo lo que se vincula con psicología del testimonio está fuera del país. Entre 2016

y 2017 inicié cursos de posgrado en la Universidad Favaloro ya en el área de neuro psicología, porque es algo que debe conocerse para trabajar en psicología del testimonio. Evaluar conciencia, atención, memoria. La memoria es la estrella en esta área porque se verifica cómo una persona o testigo puede evocar desde su memoria algún hecho vivido. Hice el posgrado en neuro ciencia cognitiva, neuro psicología y rehabilitación cognitiva en la Universidad Favaloro.

También hice un posgrado en métodos de evaluación. Porque para trabajar en neuro ciencias hay que saber evaluar. Aplicar técnicas y test. Es un área muy compleja e interminable en cuanto a la preparación. Requiere mucho conocimiento neurológico, médico, psicológico.

Actualmente, como veo que es un área compleja, estoy realizando una maestría en la Universidad de Flores en neuropsicología. Mi tesis, que tengo que defender ahora, es sobre psicología del testimonio.

Profesionalmente ejerzo como psicóloga clínica y perito. Me instalé en Río Negro en el 2003 y trabajé en salud pública. En 2006 empecé a trabajar casi exclusivamente como psicóloga para cámara Gesell.

Desde hace muchos años, ni la psicología, ni las capacitaciones se separan en niños, adolescentes o adultos. La ciencia de la psicología se especializa en áreas de estudio. La ciencia toma especialidades o áreas de estudio muy específicas.

Con relación a mi trabajo realizado en el caso, se me solicitó que peritara a Carolina Castro. Sobre los métodos y técnicas utilizados debo decir que las técnicas que utilicé, las utilizo previo estudio de qué era lo que se me pedía. Tomé las que figuran en el protocolo para peritos de la provincia. Respeté los que dice el protocolo: entrevista psicopatológica semi dirigida; evaluación SEC, que es una evaluación completa y global para evaluar huella psíquica; y el MPI.

Utilicé las técnicas que habían utilizado el perito del Gabinete y, para darle especificidad y mayor contundencia a lo que ella evaluara, agregué otras técnicas más actualizadas que tienen que ver con la neuro psicología: método screening, que

implica usar tres test que evalúan las funciones superiores de una persona; antes que decir si hay alguna condición debe evaluarse si la persona funciona correctamente en cuanto a ubicación, atención, memoria. Para asegurarse que estaba con personas con buen estado de conciencia, estables anímicamente, con memoria como para referir un hecho.

Tomé el test ACE, uno muy nuevo que, en Argentina se utiliza desde el año 2013, y el IEFEST, que es para evaluar funciones ejecutivas; las funciones ejecutivas son aquellas que nos permiten comportarnos socialmente con juicio y con criterio. También permite ubicarnos en situación y lugar, donde está la *teoría de la mente* que es donde yo puedo tener empatía o no con otro ser humano. Tomé este segundo test para evaluar si hay impulsividad o no en el relato.

También tomé el test de las miradas, que en 2010 se volvió a realizar el baremo. Es un test muy nuevo, también cuestionado, por lo que me quise cerciorar de que los baremos sean válidos en el país. Son baremos validados en 2010. Es un test no sólo novedoso, sino que nos permite identificar si una persona puede captar la intencionalidad del otro a través de la mirada. Indica si la persona puede comprender lo que el otro expresa tan solo con el lenguaje corporal.

Tomé el MMPI, inventario de personalidad que está en el protocolo. También tomé un test más famoso, que es el de Beck para evaluar depresión. Tomé el IES, que sirve para evaluar si hay pos trauma o trauma en las personas.

También tomé un test para evaluar estado de ansiedad. Si se trata de evaluar una situación traumática naturalmente tenemos que registrar los niveles de ansiedad. Y ahí entramos en otro tema que cuando una se especializa distingue ansiedad de estado y de rasgo. Cuando se evalúan traumas muy importantes debe referenciarse.

Tomé un inventario de ansiedad que está validado en el país. Coloca un listado de síntomas propios de una persona con ansiedad.

Concretamente, se me pidió:

1. Conciencia, distorsión o no de realidad, perturbación de pensamiento.
2. Experimentación subjetiva se corresponde con victimización sexual que dice haber padecido.
3. Determinar señales de fabulación, incoherencia o inconsistencia con lo relatado.

Hice un encuadre previo con Castro para contarle de qué se iba a tratar y cuáles iban a ser las pruebas, porque después de terminar a mucha gente le da curiosidad y se pregunta para qué sirve esto. Es obligación ética explicar qué evalúa cada test. Ella aceptó el proceso e incluso permitió grabar una parte del proceso para que ella pudiera luego trabajar con el método CBCA de credibilidad del testimonio.

Las entrevistas se hicieron durante dos días, con recreos. Incluso algunos de los test se los dio para que los hiciera en su casa, previa explicación. Traté de adecuar al máximo posible las necesidades de la entrevistada con las de la pericia, con toda la plasticidad posible de mi parte porque sabía que tenía trabajo por delante.

Lo primero que hice fue priorizar los test del protocolo, para luego continuar con los demás por cualquier inconveniente que ocurriera y que me impidiera continuar evaluando. Los test del protocolo que tomé fueron:

- CBCA
- MMPI
- El tipo de entrevista que se pide para evaluar huella psíquica. SEG, la evaluación global.
- Entrevista psicopatológica semi dirigida, forense. La entrevista clínica forense que incluye la anamnesis, evaluar consciencia, datos biográficos y lograr un relato libre y espontáneo del suceso por el que se está realizando el trabajo.

Carolina Castro colaboró ampliamente. Procuré tener un ambiente lo más cómodo, nos prestaron las instalaciones de la defensoría, donde tomamos mate. Hice grabación del testimonio para aplicar el CBCA, que es de credibilidad de testimonio y se utiliza tanto en adultos como en niños. Este método ha sido muy

cuestionado, pero sigue siendo el único método (más allá de todas las evaluaciones permanentes) que se acepta, incluso en nuestro país, para evaluar esta cuestión.

Depende lo que se investigue en el fuero penal: si se investiga emoción violenta, trastorno de personalidad, trastorno de adicciones o delitos sexuales, hay diferentes métodos. En este caso si o si tenés que utilizar la entrevista clínica (SEG), la entrevista psicológica y es básico en la peritación de credibilidad y validez del testimonio el CBCA.

A medida que conocí a Carolina Castro le pregunté todo lo que espontáneamente ella quisiera compartir sobre sus vivencias más importantes. Le pregunté si había tenido ausentismo prolongado en el trabajo, como una forma de obtener información objetiva. Le hice una pregunta concreta que tiene que ver con la evaluación de SEG. Evaluar huella sobre el hecho. ¿Qué recuerda sobre el hecho que se investiga? Pero antes de ello qué recuerda haber vivido como experiencias traumáticas.

Ahora bien, sobre los resultados de los tests utilizados en el procedimiento de evaluación, puede destacar varias cuestiones.

En primer lugar, el MMSE (mini mental), que es un test que casi no se utiliza porque es muy antiguo y por eso usé otros test más actualizados, pero como forma parte de protocolos históricos de nuestro país se sigue utilizando porque es un test muy simple, básico, que lleva sólo minutos tomarlo. Pregunta día, hora, lugar, orientación, quién es el presidente, hacer ejercicios de retracción numérica, abstracción.

Con relación al test ACE hubo un buen rendimiento.

El IEFEST es *un test* que evalúa la impulsividad básicamente entre otras cosas, las disfunciones ejecutivas, la adaptabilidad social entre otras cuestiones. Lo que destaca llamativamente es la dificultad en el control inhibitorio que surge de 3/6 hay fallas en el control inhibitorio. Esto quiere decir que ante situaciones imprevistas es probable que una persona con bajo control inhibitorio reaccione, o diga lo primero

que se le ocurre. Que espontáneamente reaccione en el decir, en la conducta o en lo gestual.

Este test también habla de la capacidad que puede tener una persona para poder resolver problemas. Porque se usan varias funciones: motoras, sensibilidad, control inhibitorio, abstracción de dígitos, de números, diferentes tipos de memorias. Hay una prueba “palma, canto, puño” donde se dan indicaciones para verificar si la persona las puede seguir.

Sobre el *test de las miradas* el resultado da que tiene capacidad para identificar la intención de otra persona. Puede interpretar o conocer la intencionalidad de otra persona. Tiene capacidad de predicción de lo que le están refiriendo.

Luego tomé el *test de ansiedad*, donde evalúa ansiedad de estado y rasgo. La ansiedad de estado es la que se da en una situación concreta (exponer frente a un público; un momento feliz como es recibirse, el nacimiento de un hijo). Ansiedad de rasgo, esto es muy finito, muy de la especialidad y es determinante la diferencia y por eso lo puse tal cual, es aquello permanente en el carácter de una persona; hay gente que nace con ansiedad de rasgo o no. Otros la van adquiriendo en el tiempo. Hago la salvedad para explicar que la ansiedad de rasgo siempre tiene que ver con la historia de vida, con la biografía de una persona. En este caso, encontré altos índices en las dos ansiedades.

El test de Minnesota es el test de personalidad por excelencia. Si bien su origen es de 1943 se ha ido modificando y modificando para mejorar su capacidad predictiva. Estuve buscando los últimos trabajos por el tema de estar actualizada. Se sigue considerando como el test más importante de amplio espectro para evaluar simulación, psicopatología, defensividad y respuestas aleatorias. Cada vez son más las escalas que el test utiliza.

En este test, los resultados obtenidos de la evaluación de Castro arrojan que la escala de validez, la validez del test, es cuestionable. Explico que significa ello: para hacer una evaluación de Minnesota deben cumplirse varios requisitos; entre ellos hay un KGT que tiene que ser no menor de 30 ni mayor de 70 para que pueda

tomarse como auténtico. Si está en ese rango se considera que es válido y puede utilizarse como prueba. Antes de evaluar sus resultados, y aclaro que tengo el test digitalizado, pero lo hice en papel, tiene que pasar ciertas escalas para ser válido y en este caso no se las pasó. La escala L que detecta dónde la persona genera contradicción, tuvo complicaciones. El test tiene esta capacidad, por eso se sigue usando: verificar cuándo la persona da respuestas contradictorias ante un mismo hecho. Cuando esto se produce baja el nivel de validez. En este caso tenemos un puntaje alto con 76 en la escala L, donde hay contradicción en sus respuestas. Popularmente le dicen la escala de la mentira, pero no es la palabra que debe utilizarse; sino que debería utilizarse contradicción.

En el test después está la escala de la incoherencia que es la escala F y la escala K, que se refiere a cuando una persona da respuestas aleatorias por una cuestión de defensividad. Esa escala también dio muy alta. Y de ser así, no es serio continuar el análisis o llegar a conclusiones realmente válidas sobre un perfil de personalidad.

El test, para procesarlo, se digitaliza. Se compra, lo tenés en una computadora, es muy caro el test para digitalizarlo. Se puede hacer para que la persona directamente lo haga sobre la computadora o dándole la hoja. En este caso, para que quedara registro, le di a Castro la hoja. Yo le fui dictando porque son muchas preguntas y puede haber confusiones, así que para evitar eso le leí. Una vez que se llena la hoja de respuestas se sube a una computadora y es la computadora la que realiza el análisis. Porque se hacen análisis cruzados.

Cuando una escala es inválida esto significa que el test no se puede utilizar porque no hay nivel de credibilidad elevado, que es lo que sucedió en este caso.

Sobre la base de todo lo realizado con relación a Carolina Castro puedo concluir que: en el punto vinculado con ubicación, prueba de realidad, perturbación ella tiene un desarrollo cognitivo de funciones superiores por sobre la media, mucha rapidez y capacidad cognitiva. De hecho, con humor, yo le decía que ni yo haría tan rápido cada test. Tuvo un muy buen desempeño en los test de funciones superiores.

Con relación al punto de revictimización sexual, ella espontáneamente me relató que ella no vivió el hecho que motivó su denuncia como algo que en su vida hoy le impida ser quien es. Se autodescribe como una persona auto afirmativa, asertiva, de hecho, es muy placentero conversar con ella. Compartimos mates, fue muy agradable; y hasta compartimos anécdotas sobre mi trabajo. Carolina me manifestó que no lo vive en la actualidad como algo que todo el tiempo lo tenga en su mente, esas fueron sus palabras. Hice una descripción textual de cómo lo refirió en el informe. No detecté ninguna huella ni secuela en Carolina.

Con respecto a fabulación, simulación, me pareció espontánea. Ella explica naturalmente lo que experimentó, aun cuando pueda haber tenido alguna influencia desde su participación social.

Hay un carácter en ella en que la moral, el deber ser y la justicia en ella están muy marcados y así mismo lo manifiesta: esto de querer hacer justicia. La significación que le da a la palabra abuso la realiza a partir de una denuncia previa de abuso contra Hernández que se enteró en la ciudad. Hecho que se comentó socialmente en amistades y con una amiga que es abogada que le dijo “bueno, lo que a vos te pasó es abuso”. Esto fue lo que le da a ella la pauta y lo relata textualmente que dice “bueno, yo voy a hacer una denuncia”.

Un punto para considerar concretamente sobre Castro es su pertenencia a un grupo feminista local, ya que ello puede influir en la significación que les dio a los hechos.

Néstor Narváez

Soy médico recibido en el 2000 en la UBA, especializado en tocoginecología en el hospital de Berazategui “Evita Pueblo”. En el 2005 llegué a Los Sauces para a trabajar en el hospital de acá. Cuando ingresé al hospital Horacio Hernández ya estaba trabajando junto a otro profesional, por lo que éramos tres profesionales trabajando en esta especialidad. Les informo lo que me pidieron: Horacio Hernández fue designado como médico tocoginecológico en la planta funcional del Hospital de Los Sauces por decreto 238 del Ministerio, de fecha 23 de febrero de 2004, donde cumplió funciones hasta febrero de 2017.

Médicamente hablando, Horacio es toda una eminencia como médico. Ha sido mi referencia en muchas oportunidades. Muy buen médico. Muy metódico, muy detallista. Se concentra en el paciente en su totalidad. Es previsor. Estando en un hospital, es necesario adelantarse a las situaciones de emergencia. Él siempre ha tenido una mirada hacia adelante tratando de establecer los riesgos.

Respecto a los horarios, teníamos horarios distintos. Cuando él ingresó al hospital se trabajaba horario corrido, que era el que yo hacía. Horacio, cuando llegó, tuvo la oportunidad de optar por corrido o cortado, y optó por el horario cortado, por lo que en la tarde trabajaba de 14 a 18.

También fui director del hospital. Con relación a los horarios, tratamos de establecer un horario único, porque va relacionado con el funcionamiento de otros servicios (farmacia, estadística, etc). En el caso de Hernández, continuó con su horario partido.

Él y yo tenemos una diferencia en lo que llaman el modelo médico “hegemónico”. Hernández se formó con “tipos duros”. Votta es el padre de los obstetras y los primeros discípulos de Votta formaron a Hernández. Ellos eran más cirujanos. A los ginecólogos les dicen “cirujanos de mujeres”. Los que conocen a los cirujanos saben que son verticalistas, fuertes. Así se formó él. Donde no se discutía lo que decía el jefe.

Se formó en ese lugar donde la mujer era una enferma. Hace muchos años atrás, en los 70, 70 y pico, quienes lo formaron a Hernández veían a la mujer embarazada casi como la “mujer enferma”. La solidez él la obtiene de la experiencia: se formó en un hospital del conurbano bonaerense, donde los números de complicaciones son altísimos. Yo también me formé en el conurbano de Buenos Aires, en Berazategui, pero mis instructores venían de otra formación. Ya estaban más metidos en la cuestión de la “medicina basada en la evidencia”, de llamar “usuario” a quien venía al hospital y tratarlo como una persona activa.

Por eso la forma de atender que teníamos es distinta. Hemos compartido poco consultorio. Las veces que hemos estado juntos, yo me preocupaba por si la mujer había armado el bolso para el parto y Horacio se preocupaba en cuestiones más de salud.

Con relación a las pacientes, usuarias, la diferencia es la forma de atender. El objetivo final es el mismo: encontrar riesgos y prevenir. Yo soy un tipo al que las reglas lo contienen. Si el director del hospital me dice que tengo que hacer esto y esto, yo lo hago, porque lo entiendo como beneficioso para el hospital, para las mujeres. A mí no me buscan de pasillo las pacientes, porque saben que no atiende de pasillo, sino con turno. Llega una mujer 16.25 con algo que no es una emergencia y la mando a sacar turno. Para Horacio lo primordial era la atención. Él atendía, si se tenía que ir más tarde no le importaba. Yo, por el contrario, soy muy “cuadrado”, pocas veces me salgo de la estructura.

Segundo concepto fuerte en el que diferimos: los usuarios son del hospital, no nuestros. Si no puedo atender, lo derivó a otro médico. Hernández personalizaba más la atención. Si la señora “María” lo iba a ver a él, la seguía de principio a fin y procuraba estar disponible para esa persona.

Yo fui jefe de servicio de ginecología varios años. La programación de consultorio la hace el jefe. Determina los horarios. Y los turnos se otorgan a través de ventanilla del hospital. Hernández trabajaba con esos turnos y además con turnos acordados con pacientes en los que yo no tenía mucha injerencia. Después de muchas

discusiones, después de unos años, logramos que él informara de los turnos que daba por fuera de ventanilla para dejar las constancias en las historias clínicas. Sobre todo, por una cuestión de orden de los consultorios, de tener espacios disponibles.

No nos entendemos en algunos puntos. Él no entendía si yo posponía una atención si no es urgente; y yo no entendía cómo él se quedaba hasta más tarde atendiendo.

Yo no pesaba pacientes. Habitualmente las pesaban los enfermeros. Salvo que hubiera un problema en enfermería. Las pesaba en el consultorio, con la menor ropa posible, pero nunca en ropa interior. Hernández se formó en un lugar donde la enferma se desnudaba y se pesaba. Él entiende que es así y lo propuso como norma de servicio, pero yo no lo acepté, porque me pareció innecesario y no hay justificación para eso. La variación de ropa mínima no es algo tan relevante, ni va a modificar un diagnóstico o una evaluación, por lo que me pareció innecesario.

Hernández se recibió en los '80, '80 y algo y yo en el 2000. La educación y la formación en estos 20 años cambió mucho: el acceso a la información, la cantidad de estudios que se empezaron a hacer, la medicina basada en evidencia. Todo eso hizo que se tenga un enfoque distinto de la especialidad. Empezaron a aparecer protocolos, guías.

En la época del acusado era el libro y la palabra del jefe. Ahora hay que buscar trabajos, información nueva, basarse en otros criterios. Los Ministerios empiezan a proponer protocolos y guías de atención pensando más en la paciente. Yo me fui formando más así, en ese sentido. La universidad también cambió un montón. Los dos estudiamos en la UBA, pero los tiempos son distintos. El reconocimiento de la mujer cambió, de pasar de ser una enferma a ser una usuaria.

Otra cuestión importante es el ALSO, un curso de soporte avanzado para la vida en obstetricia. Es parte de estos protocolos de los que hablaba. En todas las especialidades se van desarrollando protocolos. Por ejemplo, hablemos de trauma: años atrás ibas en tu auto, chocabas, te lastimabas y la atención era de acuerdo a lo

que sabía el médico que te tocaba en guardia. Luego surgió el ATLS: soporte avanzado para la vida en trauma. Se procura que todos los médicos que trabajan en trauma sepan ATLS.

El ALSO es un curso de este tipo para la emergencia en obstetricia. Llegó en 2008 a la Argentina. Era una semana de capacitación. Ambos participamos, lo aprobamos y nos propusimos como instructores del ALSO. Tuvimos una jornada más como instructores y a partir de allí lo somos y hemos compartido instrucciones en Catamarca, Jujuy, Buenos Aires, Chile.

En estos años que hubo tanto cambio, lo que no ha cambiado es el modo en que uno revisa, la mirada sobre el paciente, las maniobras. Esas cosas son básicas, las aprendí en cuarto año de la facultad y las sigo usando. Lo que ha ido cambiando son los métodos de diagnóstico complementario.

Hernández es un tipo con la mirada en búsqueda de la patología. Se olvidaba del entorno. No le importaba el sexo del bebé, le importaban otras cosas. Es muy minucioso, detallista. Cuando hacíamos consultorio juntos el acusado era el seco, el rígido; yo era el “simpático”, pese a que no soy simpático, me veían como más accesible.

Juntos hacíamos consultorio de cirugía programada. Veíamos en común de a dos o de a tres con otro médico para intercambiar opiniones sobre ciertas pacientes. El acusado se fijaba en todo. Eso se basa en la experiencia como médico. El acusado hizo una residencia y formación en hospitales donde había muchas complicaciones. Él está atento a la búsqueda. Buscaba adelantarse a la aparición de alguna patología. Tenía ese ojo previsor que el testigo dice que por ahí no lo tenía. En el hospital en que trabajó cualquier patología rara que aparecía rápidamente era derivada. El acusado tiene una mirada más de la salud. Yo me enfocaba más en lo que había que resolver.

Recuerdo que en abril de 2017, cuando era director del Hospital, me vino a ver Nora Nogales con Carolina Castro. A Castro la conocía de la vida social, como paciente no creo haberla atendido. Nos conocíamos, no es que tuvieran relación de

amistad. Nogales me dijo que Castro quería hacer una exposición para que se tomen medidas en el ámbito de salud.

Se realiza una reunión en la que Castro relata las distintas situaciones de atención con el acusado. Me comentó que sentía que habían abusado sexualmente de ella. Específicamente le comenta que Hernández le tocaba las nalgas, la cola. Que no se pudo manifestar en contra de la acción del médico porque se sentía dominada por la situación dentro del consultorio.

Le di trámite administrativo al acta que se realizó ese día. Inicié el sumario administrativo contra el Horacio. No recuerdo si Castro me pidió anonimato. Esto pasó justo cuando yo dejaba la Dirección del Hospital. Se inicia sumario administrativo, tiempo después vuelve el legajo desde el Ministerio solicitando el descargo del doctor. Ese pedido viene mezclado con otros papeles de la situación; era un legajo más grande, pero venía el pedido de aclaración. El acusado hizo el descargo, elevaron el descargo y hasta ahí llega mi conocimiento de la situación.

Horacio Hernández

Quiero hablar porque tengo algunas cosas para aclarar de la información, de mis años de trabajo, de cuestiones técnicas. Trabajé casi 27 años hasta estas denuncias. Siempre en lo mismo: ginecología y obstetricia. Es cierto que me formé en una residencia donde eran más cuadrados los jefes. Ahora son más light. Tengo demasiada experiencia porque trabajé en hospitales con mucha población. Grandes, chicos, sanatorios en Buenos Aires y así.

No sólo he visto en consultorio a miles, miles, miles de mujeres. Sino que he participado en miles de partos, cirugías ginecológicas. He pasado por situaciones feas. Con el paso de los años fue disminuyendo la cantidad de muertes neo natales y maternas. Pero antes eso ocurría más a menudo. Por el tema de las guías y protocolos que se han ido generando, ha disminuido la mortalidad materna. Sigue existiendo, porque hay factores que pueden llevar a muertes maternas.

El trombo embolismo pulmonar, por los coágulos que se desprenden de las venas internas de las piernas es un riesgo a considerar en mujeres embarazadas. La única manera de tratar de prevenir ese cuadro es haciendo una buena semiología de miembros inferiores en busca de edemas y varices. Esto es inspección, palpación. Libros como el que uso recomendaban hacer examen ano rectal, vaginal, por las hemorroides que también son várices. Hay algunas prácticas que se dejaron hacer por cuestiones de pudor, pero eran habituales y no hace cien años.

En cuanto a mi formación, además de ginecología, obstetricia y cirugía ginecológica, quiero destacar la capacitación en cursos de ecografía y el ALSO donde soy instructor. El ALSO hoy es como una biblia que habría que respetar en todos los hospitales y sanatorios. Todavía no llegó a todos, pero como fue con el ATLS, para trabajar en trauma en un hospital no pueden hacerlo si no tienen el ATLS. Esta es la idea del ALSO también.

Sobre mi capacitación para el examen varicoso, puedo decir que, cuando hice la residencia estaba la de tocoginecología y al lado la de cirugía general. Habitualmente eran pocos residentes en tocoginecología, éramos dos. Teníamos la sala en primer

año para nosotros, para los que recién entraban, la sala de obstetricia. En segundo año la sala de ginecología. Estábamos separados: jefe de ginecología, jefe de obstetricia y jefe de servicio. Amén que mis residentes superiores me enseñaban cómo se hacía el examen de toda la mujer embarazada, puérpera. Hacíamos una mini rotación por el servicio de cirugía general. ¿Por qué? Porque los cirujanos generales no sólo detectan, examinan, sino que también operan várices importantes. Los ginecólogos no. Sólo las tienen que detectar. Cuando yo hice la residencia había muy pocos flebólogos. Entonces uno tenía que estar más avisado en esto y ante cualquier duda llamar al cirujano general. En ese momento no tenían eco doppler, que hoy en día facilita mucho para detectar eso.

Yo siempre hice una palpación exhaustiva, no masajes. O derivaba masajes si era una situación grave o hay tratamientos preventivos: reposos, si son más graves hay que intervenirlas en el parto, en una cirugía. Implica un auto coagulante, que es riesgoso y por eso hay que ser muy cautos. Insisto en que hoy tienen el eco doppler para confirmar.

Una señora que va a tener un parto, una cesárea, seguramente va a sangrar mucho. Por eso hay que ser sumamente cuidadosos. Y si a una paciente que va a sangrar se le da un auto coagulante hay que equilibrarlo para que no sea peor el remedio que la enfermedad. Todo eso es lo que me enseñaron y se sigue haciendo en la actualidad. Lo que se agregó es el eco doppler.

Tengo muy claro cómo revisé a todas las mujeres que, como dije, fueron miles y miles. Y no soy un abusador. En el caso de Carolina Castro hice lo mismo que hago con todas las mujeres: fui cuidadoso y detallista. Siempre la traté de la misma manera. Ella nunca me dijo nada que me hiciera pensar que tenía incomodidades. No hubo ninguna situación rara en el trato.

A raíz de esta denuncia tengo secuelas y que son irreparables. Es lo que la terapeuta, la psicóloga que voy dice, que puede que sea transitorio. Secuelas clínicas como físicas, tengo temblores. No podría operar en este momento. A pesar de la medicación: estuve tomando medicación para la ansiedad. Estoy medicado para la

hipertensión. Además de mi deterioro de salud psíquica y física está también con un deterioro social, no salgo salvo que sea absolutamente necesario. Por estos temas, por los escraches me fui de Los Sauces a vivir a otra ciudad, donde está mi hijo estudiando. Me pareció lo más correcto para mi señora y para mí.

En el tema social también ya no tengo vida social. Estoy en una prisión domiciliaria auto impuesta. Más allá de que salgo, no salgo como antes. Mi carrera ya está arruinada. Ya no hay regreso.

Se está definiendo mi situación laboral porque tengo un sumario administrativo. Ya fui entrevistado, ahora falta la decisión de la junta de disciplina y del Ministro de Salud. Estoy quebrado económicamente. Hay un montón de cosas que no tiene sentido repasarlas porque lo vengo hablando hace rato con mi señora y quería comentarlo acá porque me parece importante.

A pesar de todo esto mi señora sigue conmigo. Nos conocemos desde hace más de 40 años. Estamos juntos desde el 83. Tengo un solo hijo que estudia psicología. Pasó hace poco algo que yo no me esperaba realmente. En mi profesión puede ocurrir, de hecho, ocurre cada vez más a menudo, la denuncia por abuso sexual.

No sé cuándo pasó esto porque me enteré por un amigo, porque yo no uso Facebook. En una página de Facebook apareció escrachado mi hijo con foto, diciendo primero que es mi hijo y segundo que es un abusador y violento. Firmado por una organización feminista de Los Sauces. Lo que dice la publicación, que no voy a mostrar porque está la foto de mi hijo y no quiero exponerlo, es que es un abusador y violento con dos denuncias por eso. Mi hijo no tiene ninguna denuncia. Apareció esto también en el baño de las mujeres de la Universidad, en la facultad de psicología, también dos fotos de mi hijo que también dicen abusador y violento y la leyenda “al macho escracho”. Mi hijo al principio parecía que lo superaba. Después perdió materias, exámenes, dejó de ir a la facultad. Tuvimos que ir a hablar con la decana, terminó en psicóloga, psiquiatra. Fue la primera vez desde que era chiquitito que lo vuelve a ver llorar. Mi hijo tiene 26 años. Eso también me hizo decidir hablar.

No voy a hacer hincapié en el examen ginecológico sino que quería contar esto. Quiero repetir una y otra vez que no es un abusador ni un violento, tampoco mi hijo.