



Montevideo, 20 de diciembre de 2022

En respuesta al documento 1/5395/2022 en relación al pedido de acceso a información pública solicitado por la Sra. Ana Rosengurtt:

Solicito el acta completa de la reunión con fecha 10/8/2022 de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas (CNAV) conteniendo:

- 1) Fecha, hora de inicio y de finalización de la reunión,
- 2) En caso de ausencia del ministro, delegado en su nombre que presidió la reunión.
- 3) Participantes de la reunión,
- 4) Declaraciones de conflicto de interés,
- 5) Orden del día,
- 6) Principales opiniones de sus integrantes,
- 7) Propuestas, recomendaciones y/o conclusiones.

1) En Montevideo, el 10 de agosto de 2022, comienza la sesión de la CNAV da inicio a la hora 9.00 AM y se extendió hasta las 11.30 AM.

2) **Dirección del Área de Vigilancia en Salud de la Población:** Dra. Adriana Alfonso.

3) Participantes:

- **Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA):** Dr. Miguel Alegretti.
- **Unidad de Inmunizaciones:** Dr. Gabriel Peluffo, Dra. Graciela Pérez Sartori, Asist. Dr. Steven Tapia Villacís, Dr. Jeremy Tairovich, Dra. Yohanna Buenahora.
- **Unidad de Farmacovigilancia:** Dra. Salomé Fernández
- **Cátedra de Enfermedades Infecciosas:** Prof. Dr. Julio Medina
- **Área Economía de la Salud:** Dra. Marcela Castro
- **Instituto de Pediatría:** Prof. Dra. Catalina Pirez
- **Sociedad Uruguaya de Pediatría:** Prof. Agda. Mónica Pujadas.
- **Por el Depto de Clínica Médica:** Prof. Agda. Dra. Laura Llambí
- **Por la Unidad académica de Bioética:** Prof. Agda. Marianela Barcia
- **Por el Institut Pasteur:** Prof. Dr. Otto Pritsch
- **Por el Depto. De Inmunobiología:** Prof. Agda. Dra. Teresa Freire Gard.
- **Por la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y enfermedades prevalentes:** Dra. Teresa de los Ángeles.
- **Por el laboratorio Calmette:** BQF. Carolina Juan



- **Participantes con voz sin voto:**

- **Invitada de la Dirección General de la Salud:** Dra. Lilian Porta.
- **Programa nacional de prevención del Cáncer:** Dra. Marina Fazzino

4) Se adjuntan respectivos conflictos intereses.

5) Orden del día:

1. Análisis del esquema nacional de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH):
 - a. Extensión de franja etaria a vacunar.
 - b. Número de dosis según condición.
2. Discusión de estrategias para aumento de cobertura contra el VPH en población objetivo.
- 6) Los integrantes de la CNAV, de forma unánime, expresan que la evidencia acumulada referida a seguridad y efectividad de la vacuna contra el VPH es contundente, convirtiendo a esta herramienta de prevención primaria en un pilar para de la estrategia de eliminación del cáncer de cuello uterino. De acuerdo con la misma, concuerdan en que debe vacunarse tanto a hombres como mujeres y ampliar el rango de edad para ser aplicada. Se analiza la evidencia disponible de efectividad de 1 dosis vs 2 dosis. La OMS propone alcanzar 90% de cobertura con al menos una dosis de vacuna contra el VPH en población objetivo, sobre todo a países con dificultad de acceso, con el fin de lograr la eliminación del cáncer de cuello uterino para el 2030.

Con la evidencia disponible actualmente, los integrantes plantean mantener esquema de dos dosis tanto hombres como mujeres, 3 dosis para inmunodeprimidos, y ampliar el rango de edad. La CNAV propone otras medidas para lograr mejores coberturas, por ejemplo trabajar en las barreras existentes en el sistema de salud, que impiden a los usuarios a acceder a la vacuna.

7) La CNAV resuelve:

- I. Aplicar un esquema de 2 dosis, con un intervalo de 6 meses en mujeres y hombres de 11 a 26 años inclusive, de forma universal y gratuita sin requerimiento de indicación o receta médica para su administración.

En caso de personas quienes hayan recibido una sola dosis de vacuna contra el VPH y haya transcurrido más de 6 meses, se recomienda completar el esquema con 1 dosis complementaria (completar 2 dosis) de forma gratuita sin necesidad de reiniciar el esquema, ni prescripción



- II. En inmunodeprimidos comprendidos en edades de entre 9 a 26 años inclusive, se mantiene la recomendación de esquema de 3 dosis (0, 2 y 6 meses), con indicación médica y de forma gratuita. Este grupo de pacientes incluye:
- a. Personas viviendo con VIH independientemente del valor de CD4⁺.
 - b. Personas receptoras de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) o trasplante de órgano sólido (TOS) en esquema de 3 dosis (previamente mencionado), al año del trasplante.
 - c. Pacientes bajo medicamentos biológicos o inmunosupresores

Dra. Graciela Pérez Sartori
Unidad de Inmunizaciones
División Epidemiología
Ministerio de Salud Pública



En inmunizaciones comprendidas en edades de entre 9 a 25 años inclusive, se mantiene la recomendación de esquema de 3 dosis (0, 2 y 6 meses), con indicación médica y de forma gratuita. Este grupo de pacientes incluye:

a. Personas viviendo con VIH independientemente del valor de CD4.

b. Personas receptoras de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPI) o trasplante de órgano sólido (TOS) en esquema de 3 dosis (previamente mencionado), al día del trasplante.

c. Pacientes bajo medicamentos biológicos o inmunosupresores.

[Handwritten Signature]
 Dra. Graciela Pérez Barón
 Unidad e Inmunizaciones
 División Epidemiología
 Ministerio de Salud Pública



Ministerio de Salud Pública

Dirección General de la Salud

División Epidemiología

Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Adriana Alfonso

Institución:

DSP

E-mail:

aalfonso@msp.gub.uy

Se considera que existe conflicto de interés cuando:

- No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
- De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.

Agenda a tratar

Tema 1:

HPV

Tema 2:

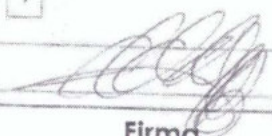
Otros:

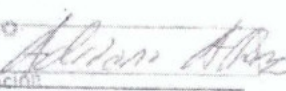
El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.

En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.


Firma

Dra. Adriana Alfonso
Encargada de Área
Vigilancia en Salud de la Población

Aclaración



10 de Agosto 2022



Ministerio de Salud Pública

Dirección General de la Salud

División Epidemiología

Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Institución:

E-mail:

Agenda a tratar

Tema 1:

Tema 2:

Otros:

Se considera que existe conflicto de interés cuando:

- No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
- De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.

El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.

En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.

Firma

Aclaración





Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre: CAROLINA JUAN
 Institución: LABORATORIO A. CALMETTE - CH
 E-mail: dt.calmette@chlaep.org.uy

Se considera que existe conflicto de interés cuando:

- No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
- De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.

Agenda a tratar

Tema 1: **Análisis del esquema na**

Tema 2: **Discusión de estrategias |**

Otros:

El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.

En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.

Carolina Juan

Firma

Aclaración





Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
ÁREA DE VIGILANCIA EN SALUD DE LA POBLACIÓN
DIVISIÓN EPIDEMIOLOGÍA
UNIDAD DE INMUNIZACIONES

Declaración de potenciales conflictos de interés para la reunión de la Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Fecha: 11/08/2022

Temas a tratar: vacuna HPV

Nombre: Alicia M Fernández

Institución/Departamento que representa: Programa de Salud de la Niñez (MSP)

Listado de actividades relacionadas con empresas	SI (marcar si corresponde)	NO (marcar si corresponde)
Participación en estudios clínicos financiados por empresas vinculadas al tema a tratar		X
Honorarios como conferencista financiados por empresas vinculadas		X
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar		X
Asistencia a congresos, etc. Financiados por las empresas vinculadas al tema a tratar		X

Se recuerda que aquellos miembros de la Comisión que presenten algún **conflicto de interés tendrán voz pero no voto** en esta instancia.

Av. 18 de Julio 1892, P. 4, Of. 410 - CP 11.200 Montevideo- Uruguay - E-Mail: Inmunizaciones@msp.gub.uy
Tel. 1934 4050 - 4051



Ministerio de Salud Pública

Dirección General de la Salud

División Epidemiología

Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Institución:

E-mail:

Se considera que existe conflicto de interés cuando:

- No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
- De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.

El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.

En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)

Agenda a tratar

Tema 1:

Tema 2:

Otros:

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Apoyo a la Cátedra para asistir al 16th INFOCUS CALL, 2018 (fui uno de los asistentes)"/>
Otros:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Cibeles apoya el mantenimiento de la página web de la Cátedra."/>

▪ Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.

Firma

Aclaración





Ministerio de Salud Pública

Dirección General de la Salud

División Epidemiología

Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre: Jesús Rodríguez
 Institución: MSP
 E-mail: JRodriguez@MSP.gub.uy

Se considera que existe conflicto de interés cuando:

- No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
- De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.

El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.

En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)

Agenda a tratar

Tema 1:

Tema 2:

Otros: Reunión 10/0/22

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

- Declaró que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.

[Firma]

Firma

[Firma]

Aclaración



Ministerio de Salud Pública

Dirección General de la Salud

División Epidemiología

Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre: Dr. Salomé Fernández
 Institución: MSP - Unidad de Farmacovigilancia
 E-mail: farmacovigilancia@msp.gub.uy

Se considera que existe conflicto de interés cuando:

- No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
- De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.

El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.

En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)

Agenda a tratar

Tema 1:

Tema 2:

Otros: Reunión 10/8/22

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.

[Firma]
 Firma

Dr. Salomé Fernández
 Aclaración



Ministerio de Salud Pública

Dirección General de la Salud

División Epidemiología

Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre: <input style="width: 90%;" type="text" value="MARIA LAURA LLAMBI"/>	Se considera que existe conflicto de interés cuando: <ul style="list-style-type: none"> ▪ No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión. ▪ De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis. El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.
Institución: <input style="width: 90%;" type="text" value="Facultad de Medicina"/>	
E-mail: <input style="width: 90%;" type="text" value="laura.llambi@gmail.com"/>	
Agenda a tratar	
Tema 1: <input style="width: 90%;" type="text" value="Vacunacion HPV"/>	El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.
Tema 2: <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Otros: <input style="width: 90%;" type="text"/>	
En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)	

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

▪ Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.

Firma

Aclaración





Ministerio de Salud Pública

Dirección General de la Salud

División Epidemiología

Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Institución:

E-mail:

Se considera que existe conflicto de interés cuando:

- No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
- De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.

Agenda a tratar

Tema 1:

Tema 2:


Otros:

El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.

En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>

▪ Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.



Firma

Aclaración





Ministerio de Salud Pública

Dirección General de la Salud

División Epidemiología

Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Institución:

E-mail:

Se considera que existe conflicto de interés cuando:

- No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
- De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.

El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.

En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)

Agenda a tratar

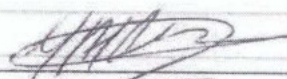
Tema 1:

Tema 2:

Otros:

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.



Firma

Miguel Alegretti

Aclaración





Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
DIVISIÓN EPIDEMIOLOGÍA
Unidad de Inmunizaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés para la reunión de la Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones.

Fecha: 10/8/22

1. **Temas a tratar:** Análisis del esquema nacional de vacunación contra el virus del papiloma humano: Extensión de franja etaria a vacunar, número de dosis según condición y otros aspectos relacionados a su aplicación en situaciones especiales (pacientes con patología relacionada a VPH, entre otras).
2. **Discusión de estrategias para aumento de cobertura contra el VPH en población objetivo.**

Nombre: Dra. Marcela Castro Irureta

Listado de actividades relacionadas con empresas	SI (marcar si corresponde)	NO (marcar si corresponde)
Participación en estudios clínicos financiados por empresas vinculadas a		x
Honorarios como conferencista financiados por empresas vinculadas		x
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas a		x
Asistencia a congresos, etc. Financiados por las empresas vinculadas a		x
Otros:		

Se recuerda que aquellos miembros de la Comisión que presenten algún conflicto de interés tendrán voz pero no voto en esta instancia.



Ministerio
de Salud
Pública

Dirección General
de la Salud

División
Epidemiología

Unidad de
Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Institución:

E-mail:

Se considera que existe conflicto de interés cuando:

- No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
- De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.

Agenda a tratar

Tema 1:

Tema 2:

Otros:

El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.

En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otros:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="La Sociedad Uruguaya de Pediatría ha recibido apoyo para congresos y jornadas p"/>

- Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.

Firma

Aclaración





Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre: Nirma Teresa de los Ángeles	Se considera que existe conflicto de interés cuando: <ul style="list-style-type: none"> No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión. De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis. El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.
Institución: CHLA-EP	
E-mail: dt.inmunizaciones@chlaep.org.uy	
Agenda a tratar	
Tema 1: <input type="text"/>	En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)
Tema 2: <input type="text"/>	
Otros: <input type="text"/>	

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.


 Firma

Dra. Teresa de los Angeles
 Jefe Técnico Dpto. Inmunizaciones
 CHLA - EP
 Aclaración





Ministerio de Salud Pública

Dirección General de la Salud

División Epidemiología

Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Institución:

E-mail:

Se considera que existe conflicto de interés cuando:

- No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
- De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.

El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.

En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)

Agenda a tratar

Tema 1:

Tema 2:

Otros:

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asistencia a congresos, seminarios, foros; etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.

Firma

Aclaración



Montevideo, 27 de Diciembre de 2022

Ref. N° 12/001/1/5395/2022.-

Mediante acceso a la información pública se consulta:

“Acta completa de la reunión con fecha 10/8/2022 de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas (CNAV) conteniendo: 1) fecha, hora de inicio y de finalización de la reunión, 2) en caso de ausencia del ministro, delegado en su nombre que presidió la reunión, 3) participantes de la reunión, 4) declaraciones de conflicto de interés, 5) orden del día, 6) principales opiniones de sus integrantes, 7) propuestas, recomendaciones y/o conclusiones”.

Consultada la Dirección General de la Salud, a través de la División de Epidemiología – Unidad de Inmunizaciones, se elabora informe que se sugiere notificar, que luce en los presentes obrados de fojas 18 a fojas 35

En virtud de lo mencionado, se sugiere hacer lugar a lo solicitado en los términos del presente informe.-

Ministerio de Salud Pública

Dirección General de Secretaría

VISTO: la solicitud de información pública efectuada , al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008;

RESULTANDO: que la peticionante hace referencia a la reunión llevada a cabo por la Comisión Nacional Asesora de Vacunas (CNAV), el 10 de agosto de 2022, por lo que solicita acceder al acta correspondiente, hora de inicio y finalización de la reunión, quién la presidió y quiénes participaron de la misma, declaraciones de conflicto de interés de cada participante, orden del día, principales opiniones de sus integrantes incluidas propuestas, recomendaciones y/o conclusiones;

CONSIDERANDO: I) que corresponde hacer lugar a lo peticionado;

II) que de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 16 de la citada disposición legal, el acto que resuelva la petición debe emanar del jerarca máximo del Inciso o quien posea facultades delegadas al efecto;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por Resolución Ministerial N° 38/991 de 22 de enero de 1991;

EL DIRECTOR GENERAL DE SECRETARÍA

en ejercicio de las atribuciones delegadas

RESUELVE:

- 1º) Autorízase el acceso a la información, en referencia a la solicitud efectuada
, al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008.
- 2º) Notifíquese a la parte interesada a través de Secretaría de la Dirección General de Secretaría. Pase al Departamento de Comunicaciones para su publicación en la página web institucional. Cumplido, archívese.

Ref. N° 001-1-5395-2022

MO