

División **Epidemiología**  Unidad de

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,
- 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

Documento: 12/001/1/5395/2022 Actuación: 7



Dirección General de la Salud

División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones



- o 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:
  - 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:

 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

1 5395 2022 INFORME dNM UNIZACIONES.pdf



División

Epidemiología inmunizaciones

- En inmunodeprimidos comprendidos en edades de entre 9 a 26 años 11. 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+.
  - progenitores trasplante de b. Personas receptoras de 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



inmunizaciones

| Comisión Nacional Asesor<br>Declaración de potenciales c   |  |          |  |
|--|--|----------|--|
| Nombre: Adriana Alfon Institución: PARO Consp-se   | 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 |          |  |
| Agenda a tratar  Tema 1: #PV.  Tema 2:   |  |          | 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. |
| Ofros:   |  |          | En caso de que se determine<br>conflicto de interés se encontrará<br>inhabilitado para participar (no<br>tendrá ni voz, ni voto)   |
| LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS  CON EMPRESAS  | SI   | NO       | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA  |
| Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:               |  | U        | CORRESTONDA  |
| Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:                                      |  | B        |  |
| Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:                                  |  | 19       |  |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas: |  | B        |  |
| Otros:   |  |          |  |
| Declaro que la información proporcion saber y entender.  | nada en e  | Dra. Adi | viana Alfanso Allan Allan Salua de la Población  |

Documento: 12/001/1/5395/2022 Actuación: 7





Dirección General de la Salud División Epidemiología Unidad de Inmunizaciones

| Comisión Nacional Aseso<br>Declaración de potenciales   |  |            |  |  |  |
|---|--|------------|--|--|--|
| Nombre:  Institución:  E-mail:    GABSIE! PEWHO   HSP   INSTITUTE   INSTITUTE | 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 |            |  |  |  |
| Agenda a tratar  Tema 1: DAM I SIS ESTURMA  | vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.  El llenado del formulario se basa  |            |  |  |  |
| Tema 2: DiSUSION STRATEGO   | id BRA 60  | berties    | en el cumplimiento de los criterios<br>éticos vinculados a la práctica<br>profesional. |  |  |
| Otros:  En caso de que se determina conflicto de interés se encontrare inhabilitado para participar (ne tendrá ni voz, ni voto)   |  |            |  |  |  |
| LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS  CON EMPRESAS   | SI   | NO         | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA  |  |  |
| Participación en estudios clínicos financiado<br>por empresas relacionadas al tema a tratar:  |  |            |  |  |  |
| Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:   | , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,  | Market     |  |  |  |
| Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:   |  | 太          | 4-19 A 1 1 2 -1 31   |  |  |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc<br>que hayan sido financiados por las empresa<br>vinculadas:   |  | Ø          |  |  |  |
| Otros:  |  | X          |  |  |  |
| Declaro que la información propores saber y entender.   | cionada en e   | este formu | Jario es verdadera y completa a  G-RAFO  Aclaración                                    |  |  |



División **Epidemiología** 

Unidad de Inmunizaciones

| \$250 ACC NATIONAL BUILDING ACCOUNT (\$100 OC)   | on Necelonel Asesore   |  |                                      | A DRIVE OF THE PROPERTY OF THE |
|--|--|--|--------------------------------------|--|
| Nombre:  | CAROLINA JUAN  |  | N to de the trace maps for the game. | Se considera que existe conflicto de interés cuando:   |
| Institución:   | LABORATORIO A. CAL   | METTE  | - CF                                 | <ul> <li>No haya completado el</li> </ul>  |
| E-mail:  | dt.calmette@chlaep.org   | j.uy   |                                      | formulario previo al inicio de<br>la reunión.  |
|  |  |  |                                      | <ul> <li>De la información<br/>completada, se concluya<br/>que, desde el inicio de su</li> </ul>   |
| Agenda a t   | ratar  |  |                                      | participación, existe<br>vinculación directa con   |
| Tema 1: A  | nálisis del esqu   | ıema   | na                                   | empresas relacionadas a la<br>vacuna/biológico en análisis.<br>El llenado del formulario se basa   |
| Tema 2: D  | iscusión de estr   | ategi  | as <sub> </sub>                      | en el cumplimiento de los criterios<br>éticos vinculados a la práctica<br>profesional.   |
| Otros:   |  | En caso de que se determine<br>conflicto de interés se encontrará<br>inhabilitado para participar (no<br>tendrá ni voz, ni voto) |                                      |  |
|  |  |  |                                      |  |
| LISTADO DE   | ACTIVIDADES RELACIONADAS<br>CON EMPRESAS                           | SI   | NO                                   | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA  |
|  | en estudios clínicos financiados<br>relacionadas al tema a tratar: | (m.r.m)  | [x]                                  |  |
| Honorarios cor<br>por empresas   | mo conferencistas financiados<br>vinculadas:                       |  | X                                    |  |
| Honorarios por<br>vinculadas al 1  | consultoría de las empresas<br>lerna a tratar;                     |  | x                                    |  |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas: |  |  |                                      |  |
| Otros:   |  | Prince and the second  | X                                    |  |
| Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.  |  |  |                                      |  |
| Firma Aclaración   |  |  |                                      |  |



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<br>relacionadas con empresas  | SI (marcar si<br>corresponde) | NO (marcar si<br>corresponde) |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Participación en estudios clínicos<br>financiados por empresas vinculadas al<br>tema a<br>tratar |                               | X                             |
| Honorarios como conferencista financiados por empresas vinculadas                                |                               | X                             |
| Honorarios por consultoría delas 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



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

|  | ón Nacional Asesoro<br>ción de potenciales co                      |            |   |  |  |
|--|--|------------|---|--|--|
| Nombre:  | JULIO MEDINA   |            |   | Se considera que existe conflicto de interés cuando:   |  |
| Institución:   | Catedra Enf Infecciosas  |            |   | No haya completado el formulario previo al inicio de   |  |
| E-mail:  | jcmedina1@gmail.com  |            |   | la reunión.  De la información   |  |
|  |  |            |   | completada, se concluya<br>que, desde el inicio de su  |  |
| Agenda a tr  | atar   |            |   | participación, existe<br>vinculación directa con   |  |
| Tema 1: V  | acunación HPV  | ,          |   | empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.   |  |
| Tema 2:  |  |            |   | El llenado del formulario se basa<br>en el cumplimiento de los criterios<br>éticos vinculados a la práctica<br>profesional.      |  |
| Otros:   |  |            |   | En caso de que se determine<br>conflicto de interés se encontrará<br>inhabilitado para participar (no<br>tendrá ni voz, ni voto) |  |
|  |  |            |   |  |  |
| LISTADO DE A   | ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS                              | SI         | NO  | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA  |  |
|  | en estudios clínicos financiados<br>relacionadas al tema a tratar: | Materialis | x   |  |  |
| Honorarios con<br>por empresas v   | no conferencistas financiados<br>vinculadas:                       |            | x   |  |  |
| Honorarios por vinculadas al t   | consultoría de las empresas<br>ema a tratar:                       |            | X   | 100 Pake 1 2 - 1 2 2   |  |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas: |  |            | Apoyo a la Cátedra para asistir al 16th INFOCUS CALI, 2018 (ful uno de los asistien |  |  |
| Otros:   |  | X          |   | Cibeles apoya el mantenimiento de la página web de la Cátedra.   |  |
| <ul><li>Declard<br/>saber y</li></ul>  | que la información proporcion<br>entender.                         | nada en e  | ste form  | ulario es verdadera y completa a   |  |
|  | Julio Medina   |            |   | Medina   |  |
|  | Firma  |            | ***************************************   | Aclaración   |  |



División Unidad de Epidemiología Inmunizaciones

| Comisión Nacional Asesora<br>Declaración de potenciales con  | <b>de Va</b><br>nflictos    | <b>cunc</b><br>de in | aciones<br>aterés  |
|--|-----------------------------|----------------------|--|
| Nombre: Levance Rod  | efe                         | 4                    | Se considera que existe conflicto de interés cuando:  No haya completado el  |
| Institución:   |                             | ltu                  | formulario previo al inicio de<br>la reunión.  |
| E-mail: Scodvifuez Dusplasif   |                             |                      | De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con |
| Agenda a tratar  |                             |                      | empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.   |
| Tema 1:  |                             |                      | El llenado del formulario se basa<br>en el cumplimiento de los criterios<br>éticos vinculados a la práctica        |
| Tema 2:  |                             |                      | profesional.  En caso de que se determine  |
| Otros: Reunion 10/8/22   |                             |                      | conflicto de interés se encontrará<br>inhabilitado para participar (no<br>tendrá ni voz, ni voto)                  |
| LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS  CON EMPRESAS  | SI                          | NO                   | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA  |
| Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:               |                             | A                    |  |
| Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:                                      | Location Laboratory Company | 内                    |  |
| Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:                                  |                             | Z                    |  |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas: |                             | X                    |  |
| Otros:   |                             | 1 K                  | l late of  |
| Declaro que la información proporcio saber y entender.   | onada en                    | este for             | JUFIANS BONDES   |
| Firma  |                             |                      | Aclaración   |



División **Epidemiología** 

Unidad de Inmunizaciones

| Comisión Nacional Asesora<br>Declaración de potenciales co   |  |           |  |
|--|--|-----------|--|
| Nombre: De Salomé Ferraid  Institución: MSP - Unidad de la           | 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 |           |  |
| Agenda a tratar  | participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.   |           |  |
| Tema 1: Tema 2:  |  |           | El llenado del formulario se basa<br>en el cumplimiento de los criterios<br>éticos vinculados a la práctica<br>profesional.      |
| Otros: Levenion 10/8/22  |  |           | En caso de que se determine<br>conflicto de interés se encontrará<br>inhabilitado para participar (no<br>tendrá ni voz, ni voto) |
| LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS  CON EMPRESAS  | SI   | NO        | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA  |
| Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:               |  | X         | ·  |
| Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:                                      |  | ×         |  |
| Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:                                  | p action or a  | X         |  |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas: |  |           | A  |
| Otros:   |  | [X]       |  |
| Declaró que la información proporcio saber y entender.   | onada en e   | este form | Aclaración   |
| Firma  |  |           | Aclaracion   |



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

|  | ón Nacional Asesoro<br>ción de potenciales co                      |   |             |  |  |
|--|--|---|-------------|--|--|
| Nombre:  | MARIA LAURA LLAMBI   |   |             | Se considera que existe conflicto de interés cuando:   |  |
| Institución:   | Facultad de Medicina   |   |             | <ul> <li>No haya completado el<br/>formulario previo al inicio de</li> </ul>                     |  |
| E-mail:  | laura.llambi@gmail.com   |   |             | la reunión.  |  |
|  |  |   |             | <ul> <li>De la información<br/>completada, se concluya<br/>que, desde el inicio de su</li> </ul> |  |
| Agenda a tr  | ratar  |   |             | participación, existe<br>vinculación directa con   |  |
| p  | acunacion HPV  | 7   |             | empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.   |  |
|  |  |   |             | El llenado del formulario se basa<br>en el cumplimiento de los criterios                         |  |
| Tema 2:  |  | éticos vinculados a la práctica profesional.  |             |  |  |
| Otros:   |  | En caso de que se determine<br>conflicto de interés se encontrará<br>inhabilitado para participar (no<br>tendrá ni voz, ni voto)  |             |  |  |
| LISTADO DE   | ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS                              | SI  | NO          | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA  |  |
|  | en estudios clínicos financiados<br>relacionadas al tema a tratar: | And A common of the common of | x           |  |  |
| Honorarios cor<br>por empresas   | no conferencistas financiados<br>vinculadas:                       | Accountance of the second   | x           |  |  |
| Honorarios por vinculadas al t   | consultoría de las empresas<br>ema a tratar:                       | 30000000000000000000000000000000000000  | X           | Service of P   |  |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas: |  |   |             |  |  |
| Otros:   |  |   | X           |  |  |
| <ul> <li>Declare saber y</li> </ul>  | o que la información proporcior<br>entender.                       | nada en e   | ste form    | ulario es verdadera y completa a   |  |
| LAURA LLAMBI   |  |   | LAURALLAMBI |  |  |
|  | Firma  |   |             | Aclaración   |  |



División Epidemiología Unidad de Inmunizaciones

|  | ón Nacional Asesoro<br>ción de potenciales co   |   |          |   |  |  |
|--|---|---|----------|---|--|--|
| Nombre: Otto Pritsch   |   |   |          | Se considera que existe conflicto de interés cuando:  |  |  |
| Institución:   | Institut Pasteur de Monte   | video   |          | No haya completado el formulario previo al inicio de  |  |  |
| E-mail:  | pritsch@pasteur.edu.uy  |   |          | la reunión.   |  |  |
| L man.   |   |   |          | <ul> <li>De la información<br/>completada, se concluya<br/>que, desde el inicio de su</li> </ul>                            |  |  |
| Agenda a tr  | ratar   |   |          | participación, existe vinculación directa con   |  |  |
|  | sis del esquema nacional de vacunación contra el v  | rirus del papilom   | a humano | empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.  |  |  |
|  | sión de estrategias para aumento de cobertura contra e  |   |          | El llenado del formulario se basa<br>en el cumplimiento de los criterios<br>éticos vinculados a la práctica<br>profesional. |  |  |
| Otros:   |   | En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) |          |   |  |  |
|  |   |   |          |   |  |  |
| LISTADO DE A   | ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS   | SI  | NO       | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA   |  |  |
|  | en estudios clínicos financiados<br>relacionadas al tema a tratar:                                      |   | x        |   |  |  |
| Honorarios con<br>por empresas v   | no conferencistas financiados<br>vinculadas:  |   | x        |   |  |  |
| Honorarios por<br>vinculadas al t  | consultoría de las empresas<br>ema a tratar:  |   | x        | eper groß in au au in in  |  |  |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas: |   |   |          |   |  |  |
| Otros:   |   |   | X        |   |  |  |
| <ul><li>Declard</li><li>saber y</li></ul>  | Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender. |   |          |   |  |  |
|  | Firma   |   |          | Aclaración  |  |  |





División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

| Nombre:                             | Miguel Alegretti   |              |                               | Se considera que existe conflicto de interés cuando:   |
|-------------------------------------|--|--------------|-------------------------------|--|
| Institución:                        | MSP  |              |                               | No haya completado el formulario previo al inicio de   |
| E-mail:                             | malegretti@msp.gub.uy  |              |                               | la reunión.  De la información   |
|                                     | 17   |              |                               | completada, se concluya<br>que, desde el inicio de su  |
| Agenda a t                          | ratar  |              |                               | participación, existe<br>vinculación directa con   |
| Tema 1: Aná                         | ilisis del esquema nacional de vacunaci                              | ión contra e | IVPH                          | empresas relacionadas a la<br>vacuna/biológico en análisis.<br>El llenado del formulario se basa                                 |
| Tema 2: Disc                        | Discusión de estrategias para aumento de cobertura contra el VPH     |              |                               | en el cumplimiento de los criterios<br>éticos vinculados a la práctica<br>profesional.   |
| Otros:                              |  |              |                               | En caso de que se determine<br>conflicto de interés se encontrará<br>inhabilitado para participar (no<br>tendrá ni voz, ni voto) |
| 8,4                                 |  | 5A           | THE STATE OF STATE AS A SHARE |  |
| LISTADO DE                          | ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS                                | 12           | NO                            | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA  |
| Participación e<br>por empresas     | en estudios clínicos financiados<br>relacionadas al tema a tratar:   |              | X                             |  |
| Honorarios cor<br>por empresas      | mo conferencistas financidos<br>vinculadas:                          |              | x                             |  |
| Honorarios por<br>vinculadas al l   | consultoría de las empresas<br>ema a tratar:                         |              | x                             |  |
|                                     | ongresos, seminarios, foros, etc.,<br>o financiados por las empresas | 1            | x                             |  |
| Otros:                              |  |              | X                             |  |
| <ul> <li>Declare saber y</li> </ul> | o que la información proporcion<br>entender.                         | ada en e     | este form                     | ulario es verdadera y completa a   |





## 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

- 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 relaciona 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<br>relacionadas con<br>empresas                       | SI (marcar si<br>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<br>de las empresas<br>vinculadas a                |                               | x                          |
| Asistencia a congresos,<br>etc. Financiados por las<br>empresas vinculadas a |                               | x                          |
| Otros:   | 9                             |                            |

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



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

|  | ón Nacional Asesoro<br>ción de potenciales co                      |           |       |  |  |
|--|--|-----------|-------|--|--|
| Nombre:  | Mónica Pujadas Ferrer  |           |       | Se considera que existe conflicto de interés cuando:   |  |
| Institución:   | Sociedad Uruguaya de P   | ediatría  |       | No haya completado el formulario previo al inicio de   |  |
| E-mail:  | monipujadas@gmail.com  |           |       | la reunión.  De la información   |  |
| Management   |  |           |       | completada, se concluya<br>que, desde el inicio de su  |  |
| Agenda a tr  | atar   |           |       | participación, existe<br>vinculación directa con<br>empresas relacionadas a la   |  |
| Tema 1: Ana  | álisis del esquema nacional vac                                    | una contr | a VPH | vacuna/biológico en análisis.  El llenado del formulario se basa   |  |
| Tema 2: Es   | Tema 2: Estrategias para aumentar cobertura                        |           |       | en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.   |  |
| Otros:   |  |           |       | En caso de que se determine<br>conflicto de interés se encontrará<br>inhabilitado para participar (no<br>tendrá ni voz, ni voto) |  |
|  |  |           |       |  |  |
| LISTADO DE   | ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS                              | SI        | NO    | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA  |  |
|  | en estudios clínicos financiados<br>relacionadas al tema a tratar: |           | x     |  |  |
| Honorarios cor<br>por empresas   | mo conferencistas financiados<br>vinculadas:                       |           | x     |  |  |
| Honorarios por<br>vinculadas al f  | consultoría de las empresas<br>ema a tratar:                       |           | x     | and the second second  |  |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas: |  |           |       |  |  |
| Otros:   |  | X         |       | La Sociedad Uruguaya de Pediatria ha recibido apoyo para congresos y jornedas p  |  |
| Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.  |  |           |       |  |  |
|  |  |           | 1     | Mónica Pujadas   |  |
|  | Firma  |           | 11    | Aclaración   |  |



División Epidemiología

Unidad de Inmunizaciones

#### Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones Declaración de potenciales conflictos de interés Se considera que existe conflicto Nirma Teresa de los Ángeles Nombre: de interés cuando: No haya completado el CHLA-EP Institución: formulario previo al inicio de la reunión. dt.inmunizaciones@chlaep.org.uy E-mail: De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con Agenda a tratar empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis. Tema 1: El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica Tema 2: profesional. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará Otros: inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS **ACLARACION SEGÚN** NO CON EMPRESAS CORRESPONDA Participación en estudios clínicos financiados X por empresas relacionadas al tema a tratar: Honorarios como conferencistas financiados X por empresas vinculadas: Honorarlos por consultoría de las empresas X vinculadas al tema a tratar: Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas X vinculadas: Otros: X Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender. x Dra. Teresa de los Angeles Jefe Técnico Doto, Inmunizaciones CHLA - EP Firma Aclaración





División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

| Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones Declaración de potenciales conflictos de interés                                      |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Nombre:   | Teresa Freire                                      |  | Control of the Contro | Se considera que existe conflicto de interés cuando:   |  |  |
| Institución:  | Facultad de Medicina, UdelaR                       |  | <ul> <li>No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.</li> <li>De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su</li> </ul>   |  |  |  |
| tfreire@fmed.edu.uy   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
| Agenda a tratar   |  |  |  | participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.                           |  |  |
| Tema 1: Discusión de estrategias para aumento de cobertura contra el VPH en población objetivo.                                 |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  | El llenado del formulario se basa<br>en el cumplimiento de los criterios   |  |  |
| Tema 2: Anális  | sis del esquema nacional de vacunación contra el v | rirus del papilom  | a humano   | éticos vinculados a la práctica profesional.   |  |  |
| Otros:  |  |  |  | En caso de que se determine<br>conflicto de interés se encontrará<br>inhabilitado para participar (no<br>tendrá ni voz, ni voto) |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
| LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS  CON EMPRESAS   |  | SI   | NO   | ACLARACION SEGÚN<br>CORRESPONDA  |  |  |
| Participación en estudios clínicos financiados<br>por empresas relacionadas al tema a tratar:                                   |  | Account of the Control of the Contro | x  |  |  |  |
| Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:   |  | The second secon | x  |  |  |  |
| Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:   |  | And the second s | x  | Seek Array 8   |  |  |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:                        |  |  | ×  |  |  |  |
| Otros:  |  |  | X  |  |  |  |
| <ul> <li>Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a<br/>saber y entender.</li> </ul> |  |  |  |  |  |  |
| Teresa Freire   |  |  | Teresa Freire  |  |  |  |
| 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 <u>Dirección General de la Salud</u>, a través de la <u>División de Epidemiología – Unidad de Inmunizaciones</u>, 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 <u>hacer lugar a lo solicitado</u> en los términos del presente informe.-

### Ministerio de Salud Pública

# Dirección General de Secretaría

**<u>VISTO:</u>** la solicitud de información pública efectuada, al amparo de lo dispuesto por la Ley Nº 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 Nº 38/991 de 22 de enero de 1991;

### EL DIRECTOR GENERAL DE SECRETARÍA

en ejercicio de las atribuciones delegadas

#### RESUELVE:

- 1°) Autorízase el acceso a la información, en referencia a la solicitud efectuada
  - , al amparo de lo dispuesto por la Ley  $N^{\circ}$  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