



Comunicado

Montevideo, 29 de noviembre de 2022

Vacunas contra covid-19 en 2023

La Comisión Nacional Asesora de Vacunas se reunió para considerar la pertinencia de dosis de refuerzo contra covid-19. Se analizó la evolución de los casos a nivel global regional y nacional, con énfasis en los ingresos hospitalarios, a CTI y los fallecimientos. También se consideró la conveniencia de un cambio de vacunas a aquellas adaptadas a la variante predominante actual, Ómicron.

De los datos presentados se desprende que el perfil de seguridad de las vacunas sigue siendo favorable a la recomendación. La efectividad vacunal durante el período de circulación de Ómicron ha sido bueno con una marcada diferencia en la tasa mortalidad entre los no vacunados y los que recibieron 2, 3 y 4 dosis.

Se concluyó que por el momento no habría mayores beneficios en un cambio de de vacunas a recomendar, aunque se va a continuar evaluando la evidencia que surja de la aplicación de vacunas adaptadas a variantes en poblaciones (otros países).

Por tanto, como resultado del análisis la Comisión recomienda enfáticamente continuar con la vacunación contra covid-19 con las dosis correspondientes de acuerdo al grupo poblacional al que se pertenece (niños, adolescentes, jóvenes y adultos).

Recomienda a su vez, reforzar la vacunación en personas mayores de 50 años y personas inmunodeprimidas de acuerdo al grupo poblacional al que pertenecen con una dosis de vacuna contra covid-19 a partir de fines de marzo de 2023.



Montevideo, 12 de diciembre de 2022

En respuesta al pedido de acceso a información Ref. 1/6004/2022 solicitado por la Sra. Ana Rosengurt:

Acta completa de la reunión de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas (CNAV) que surge del comunicado adjunto, 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 23 de noviembre de 2022 se da inicio a la hora 9:08 la sesión de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas (CNAV) y finaliza a la hora 11:37.
 - 2) Directora Área de Vigilancia en Salud de la población: Dra. Adriana Alfonso.
 - 3) Participantes
 - **Departamento de Vigilancia en Salud de la Población:** Dr. Miguel Alegretti, Dra. Alicia González.
 - **Unidad de Inmunizaciones:** Dr. Gabriel Peluffo, Dra. Graciela Pérez, Dra. Patricia Barrios Sartori, Dr. Steven Tapia Villacís, Dr. Jeremy Tairovich.
 - **Unidad de Farmacovigilancia:** Dra. Salomé Fernández.
 - **Depto. de Medicamentos:** Dra. Adriana Rocca.
 - **Cátedra de Enfermedades Infecciosas:** Dra. Victoria Frantchez
 - **Área Economía de la Salud:** Dra. Marcela Castro, Cr. Javier Díaz
 - **Instituto de Pediatría:** Prof. Dra. Catalina Pirez
 - **Sociedad Uruguaya de Pediatría:** Dr. Álvaro Galiana
 - **Depto. Desarrollo Biotecnológico:** Prof. Alejandro Chabalgoity.
 - **Por el Depto. de Clínica Médica:** Prof. Agda. Dra. Laura Llambí
 - **Por la Cátedra de Medicina Preventiva y Social:** Prof. Alicia Alemán.
 - **Por la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y enfermedades prevalentes:** Dr. Fernando Bazzino



- **Por el Laboratorio Calmette:** BQF. Carolina Juan
 - **Por Facultad de Química:** Dr. Gualberto González
 - **Grupo ad hoc:** Dra. María Moreno, Dra. María Inés Fariello, Dr. Juan Gil.
 - **Participantes con voz sin voto:** Dr. Miguel Asqueta (Invitado de la DIGESA)
- 4) Se adjuntan los mismos en formato PDF.
- 5) Evaluación de dosis adicionales de vacunas contra COVID-19 y vacunas adaptadas.
- 6) Principales opiniones de los integrantes de la CNAV
- La vacunación debe continuar con los esquemas ya pautados en los grupos de edad correspondientes.
 - Estimular a que inicien o completen el esquema aquellas personas que no lo hayan hecho.
 - Se acuerda la necesidad de 1 (una) dosis de refuerzo (booster) en 2023 para poblaciones específicas.
 - Las vacunas adaptadas aún no tienen evidencia que justifiquen cambios en las vacunas administradas actualmente. Continuarán siendo evaluadas en futuras CNAV.
- 7) De forma unánime los integrantes de la CNAV y el grupo ad hoc aprueban las consignas propuestas.
- I. Continuar ofreciendo vacunación a todos los grupos etarios según esquema actual correspondiente.
 - II. Recomendar una (1) dosis de refuerzo a partir de fines de marzo de 2023 en personas mayores de 50 años e inmunodeprimidos.
 - III. No se plantea la recomendación de vacunas adaptadas por el momento. Se continuará analizando la evidencia disponible de su aplicación en poblaciones.


Dra. Patricia Barrios
Unidad de Inmunizaciones
División Epidemiología
Ministerio de Salud Pública

23/11/22



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





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:

Mania Moreno

Institución:

Depto Desarrollo Biotecnológico, FMed, UdelaR

E-mail:

mmoreno@higiene-edu.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:

COVID-19. administración dosis refuerz

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"/> | |
| 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.

Mania Moreno

Firma

23/11/2022

Mania Moreno

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: | GRACIA PEREZ. | 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. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) |
| Institución: | UNIDAD INMUNIZACIONES MSI. | |
| E-mail: | gpsartori1@gmail.com | |
| Agenda a tratar | | |
| Tema 1: | POSICIONAMIENTO COVID | |
| 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"/> | |
| 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.

[Handwritten Signature]

Firma

GRACIA PEREZ.

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: | Patricia Bamios | 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. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) |
| Institución: | MSP. Inmunizaciones | |
| E-mail: | patricia.bamios@msp.gub.uy pbamios@msp.gub.uy | |
| Agenda a tratar ^D | | |
| Tema 1: | Dosis adicionales Covid-19 | |
| 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"/> | |
| 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

_____ P. Bamios

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 type="text" value="Lucia Gonzalez"/> | <p>Se considera que existe conflicto de interés cuando:</p> <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. <p>El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.</p> <p>En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)</p> |
| Institución: | <input type="text" value="MSP"/> | |
| E-mail: | <input type="text" value="amgonzalez@msp.gub.uy"/> | |
| Agenda a tratar | | |
| Tema 1: | <input type="text" value="Vacunación COVID booster"/> | |
| 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

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.





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:

Miguel Alegretti

Institución:

MSP - DEUSA

E-mail:

malegretti@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:

Dosis adicionales vacunación Covid

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"/> | |
| 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

23/11/2022

Miguel Alegretti

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:

FERNANDO BAZZANO

Institución:

CILA - GI

E-mail:

Fernando.Bazzano@cila.gov.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:

Dosis adicionales covid

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"/> | |
| 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.

[Handwritten Signature]

Firma

[Handwritten Signature]

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:

GOALBERTO GONZALEZ

Institución:

FACULTAD DE QUÍMICA

E-mail:

GONZAL@FA.FDU.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:

DOSES ADICIONALES COVID

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"/> | |
| 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.

[Handwritten Signature]

Firma

GOALBERTO GONZALEZ

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**





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:

Doña Inés Fariello

Institución:

Universidad de la República

E-mail:

maine.fariello@guril.com

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:

Dosis Adicionales covid.

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"/> | |
| 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

Doña Inés Fariello

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





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: | <i>Steven Tapia V.</i> | 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: | <i>MSP</i> | |
| E-mail: | <i>stapia@ciencia.edu.uy</i> | |
| Agenda a tratar | | |
| Tema 1: | <i>Dosis adicionales vacuna COVID-19.</i> | En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) |
| Tema 2: | <i>Uno vacuna bivalente.</i> | |
| 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"/> | |
| 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.

Steven Tapia V.
Firma

Steven Tapia V.
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

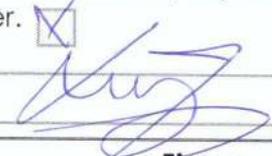
Tema 1:

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





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

23/11/2022





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: | <u>Ds. Idoué Fernández</u> | 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. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) |
| Institución: | <u>MSP. Unidad de Priorización</u> | |
| E-mail: | <u>mfernandez@musp.gub.uy</u> | |
| Agenda a tratar | <u>23/11/22</u> | |
| 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"/> | |
| 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.

| | |
|--|---|
| <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p>Firma</p> | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p>Aclaración</p> |
|--|---|





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: | <u>CAROLINA JUAN</u> | 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. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) |
| Institución: | <u>CHLAEP - LAB. CALMETTE</u> | |
| E-mail: | <u>dt.colmette@chlaep.org.uy</u> | |
| Agenda a tratar | | |
| Tema 1: | <u>REFUERZOS VACUNACIÓN COVID-19</u> | |
| 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"/> | |
| 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.

Juan

Firma

CAROLINA JUAN

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:

LAURA LLAMBI

Institución:

FACULTAD de MEDICINA

E-mail:

laura.llambi@gmail.com

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:

Reprensos vacuna COVID

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"/> | |
| 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

LLAMBI

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:

Maria Catalina Pirez Garcia

Institución:

Pediatría Facultad de Medicina

E-mail:

mcpirez@yahoo.com

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:

Análisis para la aplicación de refuerzos de vacunación COVID19

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"/> | |
| Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros temas y este vacuna COVID-19 MAY 2022 |
| Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros temas |
| Asistencia a congresos, seminarios, foros; etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros temas / otro biológico |
| Otros: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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

[Handwritten Signature]

Firma

[Handwritten Signature]

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

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

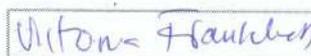
| | | |
|------------------------|---|--|
| Nombre: | Victorica Frautcher L | Se considera que existe conflicto de interés cuando: <ul style="list-style-type: none"> No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión. De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, 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. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) |
| Institución: | Catedra Enfermedades Infecciosas - Udelar | |
| E-mail: | vfrautdet@gmail.com | |
| Agenda a tratar | | |
| Tema 1: | COVID-19. dosis adicionales - | |
| 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"/> | |
| 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.

23/11/22


 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: | MARGARITA CASTRO | 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: | MSP - Economía de la Salud | |
| E-mail: | mfcastro@misp.gub.uy | |
| Agenda a tratar | | |
| Tema 1: | Stz Doris - Análisis farmacológico de refuerzo | En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) |
| Tema 2: | cond-19 | |
| 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"/> | |
| 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.

| | |
|--|--|
| <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center;">Firma</p> | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Margarita Castro </div> <p style="text-align: center;">Aclaración</p> |
|--|--|



Montevideo, 19 de Diciembre de 2022

Ref. N° 12/001/1/6004/2022.-

Mediante acceso a la información pública se solicita:

“En este marco, solicito el acta completa de la reunión de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas (CNAV) que surge del comunicado adjunto, 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, se elabora informe que se sugiere noticiar, que luce en los presentes obrados:

- a) A Fojas 4
- b) De fojas 9 a fojas 34

En virtud de los motivos expuestos, 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), con el fin de considerar la pertinencia de dosis de refuerzo contra covid-19 y solicita acceder al acta completa correspondiente 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; y 7) 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° 001-1-6004-2022

AA