



Montevideo, 15 de abril 2024.

## Director General de Secretaría

*Ref. N.º 12/001/1/988/2024.-*

Mediante solicitud de Acceso a la Información Pública, la Sra. Ana Rosengurtt, solicita la siguiente información al Ministerio de Salud Pública:

En este marco, solicito las declaraciones de conflicto de interés de los participantes en la reunión de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas realizada el día 8/3/2024 de acuerdo al acta disponible en

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/ACTA%20reuni%C3%B3n%20CNAV%208.3.2024.pdf>

Consultada la Dirección General de la Salud (DIGESA), cuyo informe luce adjunto a estos obrados fs. 11 a 25, se sugiere proporcionar la información ut supra referida en los términos que se detallan a continuación.

Considerando que la solicitud se formuló conforme al procedimiento establecido en la norma (Ley 18.381 - art. 13 y ss.), y no se encuentra declarada como reservada o confidencial.

Por lo expuesto, se recomienda hacer lugar a la solicitud de Acceso a la Información Pública de forma total, notificando al interesado las fs. 11 a 25 y la correspondiente resolución.



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: Niguel Alegrvetti  
 Institución: DSP - DEVISA  
 E-mail: m.alegrvetti@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: Vacunación contra el dengue

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**

Niguel Alegrvetti  
**Aclaración**



# 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



## 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 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:**

**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**





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**



# 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>
Otros:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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: Giuliano Medina

Institución: Unidad de Inmunizaciones

E-mail: ~~g~~ gmedina@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: Vacunación Dengue

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

Gi. Medina  
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

<b>Nombre:</b> <u>María Moreno</u> <b>Institución:</b> <u>Deplo Desarrollo Biotecnológico, FMed, UdelAR</u> <b>E-mail:</b> <u>mmoreno@higiene.edu.uy</u>	Se considera que existe conflicto de interés cuando: <ul style="list-style-type: none"> <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 participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.</li> </ul> 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)
<b>Agenda a tratar</b>	
<b>Tema 1:</b> <u>vacunación contra el dengue.</u>	
<b>Tema 2:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<b>Otros:</b> <input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" 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: 100%;" type="text"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

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

	<u>María Moreno.</u>
<b>Firma</b>	<b>Aclaración</b>





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:** ILIANA PEDEMONTÉ

**Institución:** CHLAEP

**E-mail:** ipedemonte@nusp.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:** VACUNACIÓN DENIGUE

**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"/>	<u></u>
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u></u>
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u></u>
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u></u>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u></u>

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

*[Firma manuscrita]*  
Firma

ILIANA PEDEMONTÉ  
Aclaración



## 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 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

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

**Fecha: 8/3/2024**

**Temas a tratar: Vacunas dengue**

**Nombre: Mónica Pujadas Ferrer SUP**

<b>Listado de actividades relacionadas con empresas</b>	<b>SI (marcar si corresponde)</b>	<b>NO (marcar si corresponde)</b>
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.**

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Rossengurt', written in a cursive style.



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 ROCCA

Institución:

MSP - Depto Medicamentos

E-mail:

adriana.rocce@gmail.com

#### 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"/>	
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

ADRIANA ROCCA

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:** CARRERA SISTO

**Institución:** CHLA-EP- Coordinador general

**E-mail:** coordinaciongeneral@chlaep.eg.gy

**Agenda a tratar:** Vacunación Dengue

**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"/>	_____
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 type="checkbox"/>	_____

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

\_\_\_\_\_  
**Firma**

CARRERA SISTO  
**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:

Lorenzo Verger

Institución:

MSP - Zoonosis

E-mail:

lverger@mhp.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:

Vacunación contra Dengue

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

Lorenzo Verger

Aclaración