



**Ministerio
de Salud Pública**

**Dirección General
de la Salud**

Montevideo, 1 de octubre de 2025

En referencia al acceso a la información 1/4258/2025 que solicita:

Solicito las declaraciones de conflicto de interés de los participantes de la sesión con fecha 20/08/2025 de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas (CNAV).

La División Epidemiología adjunta las declaraciones de conflicto de interés de la sesión del 20/8/2025

Ministerio
de Salud
PúblicaDirección General
de la SaludDivisión
EpidemiologíaUnidad de
Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Luciana Bertolino

Institución:

Sociedad de TGI, Colomay

E-mail:

[Redacted]

Agenda a tratar

Tema 1:

Vacuna HPV

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:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☒	☐	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☒	

Se me solicitó:
Presentación de información
en Uruguay sobre vacuna
HPV en Perú → Datos
en base a
exclusión.
NO se solicitaron hablar
de ninguna vacuna, sol
realizada en
nuestro país como ejemplo
en vacunación HPV

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

Firma

Luciana Bertolino

Aclaración

Ministerio
de Salud
PúblicaDirección General
de la SaludDivisión
EpidemiologíaUnidad de
Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Dr. Juliana Sarquet

Institución:

Unidad Académica Ginecológica B

E-mail:

[Redacted]

Agenda a tratar

Tema 1:

[Redacted]

Tema 2:

[Redacted]

Otros:

[Redacted]

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:

☐☒

[Redacted]

Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:

☐☒

[Redacted]

Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:

☐☒

[Redacted]

Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:

☐☒

[Redacted]

Otros:

☐☒

[Redacted]

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

Firma

J. Sarquet.

Aclaración

20/08/2025

Ministerio
de Salud
PúblicaDirección General
de la SaludDivisión
EpidemiologíaUnidad de
Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Lucía Díaz

Institución:

Hospital de Curitas

E-mail:

[Redacted]

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:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☐	

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

Firma

Aclaración

Av. 18 de Julio 1892, piso 4, of. 410 / CP 11.200, Montevideo, Uruguay / inmunizaciones@msp.gub.uy
Tel.: 1934 int. 4050 / 4051 / msp.gub.uy





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:

Cobriela Sisko

Institución:

CTLA - EP

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:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☒	

- 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: David Pereyra Corbelo

Institución: U.A. Medicina Familiar y Comunitaria, Fmed Udelar

E-mail: [REDACTED]

Agenda a tratar

Tema 1: Vacunación monodosis HPV

Tema 2: Vacunación pneumocócica

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:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☒	

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

Firma

David Pereyra Corbelo

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: Fiorella Aguilera

Institución: MSP - Farmacovigilancia

E-mail: [REDACTED]

Agenda a tratar

Tema 1: HPV

Tema 2: PCV

Otros: VRS

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:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☒	

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

Firma

Fiorella Aguilera

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:

Cecilia Ferosio

Institución:

MSP

E-mail:



Agenda a tratar

Tema 1:

HPV

Tema 2:

Pneumo

Otros:

URS

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:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☐	

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

Firma

Cecilia Ferosio

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:

MAINES LOPEZ PARRIN

Institución:

[Redacted]

E-mail:

FACULTAD DE MEDICINA
CLINICAS MEDICAS

Agenda a tratar

Tema 1:

[Redacted]

Tema 2:

[Redacted]

Otros:

[Redacted]

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:	☐	☒	[Redacted]
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	[Redacted]
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	[Redacted]
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	[Redacted]
Otros:	☐	☐	[Redacted]

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

MAINES LOPEZ

Firma

[Signature]

Aclaración



Ministerio
de Salud
PúblicaDirección General
de la SaludDivisión
EpidemiologíaUnidad de
Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Gabriel García

Institución:

DLSP

E-mail:

[Redacted]

Agenda a tratar

Tema 1:

HPV

Tema 2:

Neumo.

Otros:

VRS

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:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☒	☐	Asisti a 2 charlas informativas

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

Firma: Gabriel García

Aclaración: de la vacuna doblemente organizada por Pfizer.
Gabriel García



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:

Ashara GARCIA.

Institución:

Soc. Unif. de Pediatría

E-mail:

[Redacted]

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:

HRV

Tema 2:

Neumococo

Otros:

NRS-

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☒	

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

Firma

Aclaración

Ministerio
de Salud
PúblicaDirección General
de la SaludDivisión
EpidemiologíaUnidad de
Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

ADRIANA SOSA

Institución:

PROGRAMA DE SALUD PERINATAL Y NIÑEZ

E-mail:

[Redacted]

Agenda a tratar

Tema 1:

HPU

Tema 2:

WFSMOESCO

Otros:

JRS

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:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☐	

- 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:

Loreley Barrios

Institución:

Facultad de Medicina

E-mail:

[Redacted]

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:

HPV

Tema 2:

Neumococo

Otros:

URS-

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☒	

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

[Signature]
Firma

Loreley Barrios
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:

Valeria Tolosa

Institución:

UAGinecología A Tercer UDEAR

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:

☐
☒

Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:

☐
☒

Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:

☐
☒

Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:

☐
☒

Otros:

☐
☒

- 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:

Vicktor Fraulicher

Institución:

UA Enfermedades Infecciosas - Fmed/Udele

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:

Cambio de empresa HR.

Tema 2:

Cambio a Pw20.

Otros:

Administración VRS.

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☐	

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

Firma

V. Fraulicher

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 Bamos
Institución: Instituto Pediatría. Fac. de Medicina
E-mail: [Redacted]

Agenda a tratar

Tema 1: HPV

Tema 2: Vacunación subvencional

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:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☐	

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

Firma

Aclaración

Av. 18 de Julio 1892, piso 4, of. 410 / CP 11.200, Montevideo, Uruguay / inmunizaciones@msp.gub.uy
Tel.: 1934 int. 4050 / 4051 / msp.gub.uy





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:

Departamento de Medicamentos MSF

E-mail:

[Redacted]

Agenda a tratar

Tema 1:

[Redacted]

Tema 2:

[Redacted]

Otros:

[Redacted]

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:	☐	☒	[Redacted]
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	[Redacted]
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	[Redacted]
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	[Redacted]
Otros:	☐	☒	[Redacted]

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

[Redacted]

Firma

20/8/2025

ADRIANA ROCCA

Aclaración

Ministerio
de Salud
PúblicaDirección General
de la SaludDivisión
EpidemiologíaUnidad de
Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre:

Ximena Origoni

Institución:

MSP / Dpto. medicamentos

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:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☒	

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

Firma

Aclaración

Ma. Ximena Origoni

20/8/25

Ministerio
de Salud
PúblicaDirección General
de la SaludDivisión
EpidemiologíaUnidad de
Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones

Declaración de potenciales conflictos de interés

Nombre: Paulina Braso

Institución: SICU

E-mail: [REDACTED]

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: UPH

Tema 2: Neumococo 20 valente

Otros: URS

LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar:	☐	☒	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:	☐	☒	
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:	☐	☒	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:	☐	☒	
Otros:	☐	☒	

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

[Signature]

Firma

Paulina Braso

Aclaración



DIVISIÓN SERVICIOS JURÍDICOS**Ref.12/001/1/4258/2025****Sr. Director de la División Servicios Jurídicos.**

Montevideo, 6 de octubre de 2025.

Por solicitud de acceso a la información pública la **Sra. Ana Rosengurtt**, solicitó:

“En este marco, solicito las declaraciones de conflicto de interés de los participantes de la sesión con fecha 20/08/2025 de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas (CNAV)”.

Consultada la **Dirección General de la Salud (DIGESA)**, cuyo informe luce adjunto a estos obrados a fs.9 a 27, la **División Epidemiología** adjuntó las declaraciones de conflicto de interés de la sesión del 20/8/2025, sin perjuicio de lo cual, se sugiere proporcionar la información referida en los términos que se detallan a continuación.

Considerando que la “Declaración de potenciales conflictos de interés” presentada por los integrantes de la Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones contiene datos personales, como por ejemplo correos electrónicos personales, corresponde aplicar lo dispuesto por la normativa vigente en materia de protección de datos personales y acceso a la información pública.

En particular, el correo personal constituye un dato personal identificable en los términos de la Ley N°18.331, y su divulgación fuera del contexto institucional puede implicar una invasión a la vida privada del titular. De acuerdo con lo establecido en el Artículo 8, literal D de la Ley N° 18.381, se exceptúa del acceso público la información que contenga datos personales cuya divulgación pueda

DIVISIÓN SERVICIOS JURÍDICOS

constituir una invasión a la intimidad, salvo que exista consentimiento expreso del titular o un interés público manifiesto que lo justifique.

En este caso, se entiende que la divulgación de correos electrónicos personales no resulta necesaria ni proporcional al interés público que justifica el acceso a las declaraciones de conflicto de interés, y por tanto debe testarse dicha información al momento de notificar al interesado

En virtud de lo informado en obrados, correspondería acceder de forma total a la solicitud de información realizada por la Sra. Ana Rosengurtt en los términos del presente informe.

Con lo informado se eleva para su consideración.-