

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



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

### Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones Declaración de potenciales conflictos de interés huciana Bertolino Se considera que existe conflicto de interés cuando: Nombre: Sociedad de Tal, colongray No haya completado el Institución: formulario previo al inicio de la reunión. E-mail: De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con Agenda a tratar empresas relacionadas a la Vauna HPV vacuna/biológico en análisis. Tema 1: El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica Tema 2: profesional. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará Otros: inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) ACLARACION SEGÚN LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS SI NO CORRESPONDA **CON EMPRESAS** Participación en estudios clínicos financiados Se me solicità i por empresas relacionadas al tema a tratar: Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas: environdy soper Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar: (NO soucitaron has Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., de ninquie voure que hayan sido financiados por las empresas realized en vinculadas: Otros: Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender. Jul and Real Aclaración



División **Epidemiología** 

Unidad de Inmunizaciones

	<b>n Nacional Asesoro</b> ción de potenciales co			
Nombre:	ne juliana sarquet	Se considera que existe conflicto de interés cuando:		
Institución:	Unidoral Acadeluia Gine	wlogi ca	8	No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.
E-mail:		<ul> <li>De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe</li> </ul>		
Agenda a tr	atar			vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.
Tema 1:	Tema 1: Tema 2:			El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.
Otros:				En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)
LISTADO DE A	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
	n estudios clínicos financiados elacionadas al tema a tratar:		X	
Honorarios con por empresas v	no conferencistas financiados rinculadas:		X	
Honorarios por vinculadas al te	consultoría de las empresas ema a tratar:		X	
	ngresos, seminarios, foros, etc., financiados por las empresas		X	
Otros:			X	
	que la información proporcion entender.	nada en e	este form	ulario es verdadera y completa a
	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** 



División Unidad de Epidemiología Inmunizaciones

	n <b>Nacional Asesor</b> ción de potenciales c			
Nombre:	Wig Diz			Se considera que existe conflicto de interés cuando:
Institución:	Hospital de cunicas.			<ul> <li>No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.</li> </ul>
E-mail:  Agenda a tratar				<ul> <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>
Tema 1: Tema 2:			El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.	
Otros:				En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)
LISTADO DE A	CTIVIDADES RELACIONADAS			ACLARACION SEGÚN
	CON EMPRESAS	SI	NO	CORRESPONDA
	estudios clínicos financiados lacionadas al tema a tratar:		1	
Honorarios com por empresas vi	o conferencistas financiados nculadas:		/	
Honorarios por o vinculadas al te	onsultoría de las empresas ma a tratar:		/	
	ngresos, seminarios, foros, etc., financiados por las empresas		1	
Otros:				
Declaro saber y e	que la información proporcion entender. Firma	nada en e	ste form	Ulario es verdadera y completa a  Wua M  Aclaración
	V			

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** 





División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesoro Declaración de potenciales co			等一性使用。	
Nombre: Gobnely Si	519		Se considera que existe conflicto de interés cuando:	
Institución: CHTA-EP			<ul> <li>No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.</li> </ul>	
E-mail:	E-mail:			
Agenda a tratar			vinculación directa con empresas relacionadas a la	
Tema 1:			vacuna/biológico en análisis. El llenado del formulario se basa	
Tema 2:			en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.	
Otros:			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:	distribution of the state of th			
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:		4		
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:				
<ul> <li>Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.</li> </ul>				
Firma			Aclaración	



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora Declaración de potenciales co	onflicto		然是AAAAA (1980年2月14日) 安全的 AAA (2019) (1980年14月1日)			
Nombre: David Peregra Cur Institución:  E-mail:  Agenda a tratar  Tema 1: Valuna a porodori +	<ul> <li>Se considera que existe conflicto de interés cuando:</li> <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> <li>El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios</li> </ul>					
Tema 2: Vicundiai presmococcia	Vicandiai presnocacia					
Otros:	Otros:  En caso de que se determi conflicto de interés se encontro inhabilitado para participar (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:		d				
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:	240040000000000000000000000000000000000					
Declaro que la información proporcion saber y entender.      Firma	nada en e	este formu	David Perga Wilself.  Aclaración			



División Unidad de Epidemiología Inmunizaciones

	n <b>Nacional Asesor</b> ción de potenciales c			
Nombre:	Fiorella Aguilera			Se considera que existe conflicto de interés cuando:
Institución:	MSP- Farmewigi	MSP- Farnewigilanca.		
E-mail:				<ul> <li>De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su</li> </ul>
Agenda a tro	atar			participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.
Tema 1:			El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.	
Otros:	RS.			En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)
	CTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
	estudios clínicos financiados lacionadas al tema a tratar:		×	
Honorarios com por empresas vi	o conferencistas financiados nculadas:		メ	
Honorarios por c vinculadas al te	onsultoría de las empresas ma a tratar:		*	
	ngresos, seminarios, foros, etc., financiados por las empresas		7	
Otros:			X	
<ul><li>Declaro saber y e</li></ul>	que la información proporcion entender.	ada en e	ste form	Fiorella Aguilera.  Aclaración
	riima			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** 



División Epidemiología Unidad de Inmunizaciones

### Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones Declaración de potenciales conflictos de interés Se considera que existe conflicto Cecilie Fonosis Nombre: de interés cuando: No haya completado el MSP Institución: formulario previo al inicio de la reunión. E-mail: De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con Agenda a tratar empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis. Tema 1: HPV El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica Tema 2: Presmo profesional. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará Otros: URS inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) ACLARACION SEGÚN LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS SI NO **CON EMPRESAS CORRESPONDA** Participación en estudios clínicos financiados por empresas relacionadas al tema a tratar: Honorarios como conferencistas financiados d 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 d vinculadas: Otros: Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender. Certie Ferostis Aclaración Firma



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

	ón Nacional Asesoro ción de potenciales co			
Nombre:	MAINES LOPEZ PAMPE	٦.		Se considera que existe conflicto de interés cuando:
Institución:	FAWLTAD DE MED			<ul> <li>No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.</li> </ul>
E-mail:	CLINI CUS ME			De la información     completada, se concluya     que, desde el inicio de su
Agenda a tr	atar			participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.
Tema 2:	Tema 1: Tema 2:			El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.
Otros:		En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)		
LISTADO DE A	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
	n estudios clínicos financiados elacionadas al tema a tratar:		×	
Honorarios con por empresas v	no conferencistas financiados rinculadas:		~	
Honorarios por vinculadas al te	consultoría de las empresas ema a tratar:		V	
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:				
Otros:				
	que la información proporcion entender. MATNES WYEY	nada en e	ste form	ulario es verdadera y completa a
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** 





División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones Declaración de potenciales conflictos de interés					
Nombre: Eabwell Gorag			Se considera que existe conflicto de interés cuando:		
Institución: DLSP			<ul> <li>No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.</li> </ul>		
E-mail:			De la información     completada, se concluya     desde el inicio de su		
Agenda a tratar			que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.		
Tema 1: HPV  Tema 2: Neumo			El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.		
Otros: VRS			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:		K			
Honorarios por consultoría de las empresas vinculadas al tema a tratar:		X			
Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:		X			
Otros:	X		Asisti a 2 charles interno		
Declaro que la información proporcion saber y entender.  Firma	nada en e	este form	de la incurre doublente organitate per Pfize.  Cabriele Corcia  Aciaración		
Tilling Tilling					



División Epidemiología Unidad de Inmunizaciones

## Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones Declaración de potenciales conflictos de interés Bhrus Catriana. Soc. ump. Le Pedolici Se considera que existe conflicto de interés cuando: Nombre: No haya completado el Institución: formulario previo al inicio de la reunión. E-mail: De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con Agenda a tratar empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis. Tema 1: El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios Wermows éticos vinculados a la práctica Tema 2: profesional. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará Otros: inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) ACLARACION SEGÚN LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS SI NO **CORRESPONDA CON EMPRESAS** Participación en estudios clínicos financiados 0 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 W vinculadas: Otros: Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender. 🔊 Firma



División Epidemiología Unidad de Inmunizaciones

### Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones Declaración de potenciales conflictos de interés Se considera que existe conflicto ADMANA SOSA de interés cuando: Nombre: PROBLEMA DE SALUD DETRIONERLY NILE No haya completado el Institución: formulario previo al inicio de la reunión. E-mail: De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con Agenda a tratar empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis. HPU Tema 1: El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica WIFJNDEDED Tema 2: profesional. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará DRS Otros: inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) ACLARACION SEGÚN LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS SI NO **CORRESPONDA CON EMPRESAS** 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. ADMINUX SOA Aclaración



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

	<b>ón Nacional Asesoro</b> ción de potenciales co			
Nombre: Institución: E-mail:	Lovebey barres	Se considera que existe conflicto de interés cuando:  No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.  De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su		
Agenda a tratar Tema 1:			participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.	
Tema 2:	Nemococo			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)
Otros:	Otros: URS-			
LISTADO DE	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
	en estudios clínicos financiados relacionadas al tema a tratar:		X	
Honorarios co por empresas	mo conferencistas financiados vinculadas:		X	
Honorarios po vinculadas al	r consultoría de las empresas tema a tratar:		X	
	Asistencia a congresos, seminarios, foros, etc., que hayan sido financiados por las empresas vinculadas:			
Otros:			X	
Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.  Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.  Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a saber y entender.				
Firma Aclaración				



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

	on Nacional Asesoro ción de potenciales co			
Nombre:	40107 BING			Se considera que existe conflicto de interés cuando:
Institución:	UAGINEWOLOPIA A TO	50 COFF	FLAQ	<ul> <li>No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.</li> </ul>
E-mail:			-	De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe
Agenda a tro	atar	vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.		
Tema 2:				El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.
Otros:				En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)
LISTADO DE A	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
	n estudios clínicos financiados elacionadas al tema a tratar:		/	
Honorarios con por empresas v	no conferencistas financiados rinculadas:			
Honorarios por vinculadas al te	consultoría de las empresas ema a tratar:		1	
	ngresos, seminarios, foros, etc., financiados por las empresas		Z	
Otros:			/	
	entender	nada en e	este form	ulario es verdadera y completa a
	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** 





División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

Comisión Nacional Asesoro Declaración de potenciales co			
Nombre: VICTORC Frombe UA Enfemedade lufer E-mail:		ned/Udele	la reunión.  De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su
Agenda a tratar  Tema 1: lambro de esprema +  Tema 2: lambro a PN 20.		participación, existe vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.  El llenado del formulario se baso en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctico profesional.	
Otros: Adventanos VRS		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:		٧.	
Honorarios como conferencistas financiados por empresas vinculadas:		2.	
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:		۷.	
Otros:			
■ Declaro que la información proporcion saber y entender. Firma	nada en e	este formu	V. Fauldes.  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** 



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

	ón Nacional Asesor ción de potenciales c			
Nombre: Institución: E-mail:	Patricia Bar Fustituto Pediat		iac.	Se considera que existe conflicto de interés cuando:  No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.  De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su
Agenda a tr Tema 1:	atar HPV Januarion out	nenc	ນຳນີລວດ	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.
Otros:				En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto)
LISTADO DE A	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EMPRESAS	SI	NO	ACLARACION SEGÚN CORRESPONDA
	n estudios clínicos financiados elacionadas al tema a tratar:		V	
Honorarios con por empresas v	no conferencistas financiados rinculadas:		/	
Honorarios por vinculadas al te	consultoría de las empresas ema a tratar:		/	
	ngresos, seminarios, foros, etc., financiados por las empresas		V	
Otros:				
<ul><li>Declaro saber y</li></ul>	que la información proporcion entender. Firma	nada en e	este formu	lario es verdadera y completa a  P. Banios  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** 



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

## Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones Declaración de potenciales conflictos de interés Se considera que existe conflicto ADDIANA RECCA de interés cuando: Nombre: Deportemento de Medicamento MSP No haya completado el Institución: formulario previo al inicio de la reunión. E-mail: De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con Agenda a tratar empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis. Tema 1: El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica Tema 2: profesional. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará Otros: inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) ACLARACION SEGÚN LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS SI NO CORRESPONDA **CON EMPRESAS** 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. Aclaración Firma



División Epidemiología Unidad de Inmunizaciones

### Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones Declaración de potenciales conflictos de interés Se considera que existe conflicto Ximena Origoni Nombre: de interés cuando: No haya completado el MSP / Dpto. Medicamentos Institución: formulario previo al inicio de la reunión. E-mail: De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe vinculación directa con Agenda a tratar empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis. Tema 1: El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica Tema 2: profesional. En caso de que se determine conflicto de interés se encontrará Otros: inhabilitado para participar (no tendrá ni voz, ni voto) LISTADO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS ACLARACION SEGÚN SI NO **CON EMPRESAS** 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. Ma. Ximena Origoni Firma Aclaración 20/8/25



División **Epidemiología**  Unidad de Inmunizaciones

AND THE PERSON OF THE PERSON O	<b>ón Nacional Asesoro</b> ción de potenciales co			
Nombre:	Paulina Brass	Se considera que existe conflicto de interés cuando:		
Institución:	Sicu			<ul> <li>No haya completado el formulario previo al inicio de la reunión.</li> </ul>
E-mail:	E-mail:			<ul> <li>De la información completada, se concluya que, desde el inicio de su participación, existe</li> </ul>
Agenda a t	ratar JPH			vinculación directa con empresas relacionadas a la vacuna/biológico en análisis.
Tema 2: Nevino coco 20 valente				El llenado del formulario se basa en el cumplimiento de los criterios éticos vinculados a la práctica profesional.
Otros:	Otros: VRS			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
	en estudios clínicos financiados relacionadas al tema a tratar:		X	
Honorarios cor por empresas	mo conferencistas financiados vinculadas:		X	
Honorarios por vinculadas al 1	consultoría de las empresas tema a tratar:		X	
	ongresos, seminarios, foros, etc., o financiados por las empresas		4	
Otros:			X	
<ul> <li>Declare saber y</li> </ul>	o que la información proporcion rentender.	ada en e	ste form	plario es verdadera y completa a
	Firma			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.-