

## CAPÍTULO V: ANEXOS

### 1.1. ANEXO 01: DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS.

Señor(a) Doctor(a)  
IRINA ALMEIDA MARIÑO  
**Director(a) Ejecutivo(a)**  
**CONSEJO NACIONAL DE SALUD**  
Presente.

Para prevenir y transparentar el conflicto de interés, los delegados principal y alterno de las entidades del Sistema Nacional de Salud que conforman la CONAMEI para poder ser parte de la toma de decisiones y demás actividades pertinentes para la elaboración de la Lista de Medicamentos Esenciales del CNMB deberán:

1. Prestar juramento por escrito ante la Dirección Ejecutiva del CONASA de o tener conflicto de interés en los últimos 5 años con las empresas que fabriquen o comercialicen medicamentos o dispositivos médicos. El CONASA transparentará los conflictos de interés los miembros de la CONAMEI y de sus funcionarios.
2. Reportar a la Dirección Ejecutiva del CONASA los beneficios recibidos por parte de las empresas o industrias farmacéuticas, de ser pertinente, en el reporte deberá constar el nombre de empresa o industria farmacéutica, el tiempo en cual tuvo relación y el beneficio obtenido.
3. Excusarse del proceso de toma de decisiones sobre el o los medicamentos con el que mantiene un conflicto de interés real o potencial.
4. En caso de existir conflicto de interés y no haberlo declarado o informado después de que se haya requerido por la Dirección Ejecutiva del CONASA, se seguirán los mecanismos que sean necesarios para investigar y sancionar a las personas, entidades o empresas que hayan incurrido en dicho conflicto.
5. Cuando sea necesaria la participación de invitados, representantes de asociaciones de pacientes o gremios profesionales, antes de iniciar su intervención deberán manifestar verbalmente sus conflictos de interés reales o potenciales.

Tomando en consideración lo antes mencionado, procedo a elaborar la siguiente declaración de conflicto de interés, misma que estará vigente hasta que la Autoridad Sanitaria Nacional emita el reglamento correspondiente de acuerdo a lo establecido en la Sentencia Nro. 679-18-JP/20 y acumulados emitida por la Corte Constitucional del Ecuador.





## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

En el transcurso de los últimos 5 años:

1. ¿Usted, su esposa(o), pareja, hijos, padres, hermanos(as), trabajan o tienen acciones en una de las empresas o industrias farmacéuticas que producen, distribuyen o comercializan medicamentos, dispositivos médicos o alimentos?  
 SI ( ) NO ( X )

Si la respuesta es “sí” indicar el nombre de la empresa o industria:

---

2. ¿Usted o alguien de su familia tiene una relación económica directa, indirecta o de otro tipo con cualquier fabricante, distribuidor o proveedor de productos farmacéuticos que pueda constituir un conflicto de interés, ya sea real, potencial o aparente?  
 SI ( ) NO ( X )

Si la respuesta es “sí” indicar el tipo de conflicto:

---

3. ¿He sido contratado en calidad de consultor/a, asesor/a técnico, experto/a, conferencista (speaker) u otra posición similar y he recibido una remuneración económica, como el pago de un viaje o de viáticos por mis servicios por parte de una o más compañías relacionadas con productos farmacéuticos, dispositivos médicos o alimentos?  
 SI ( X ) NO ( )
4. ¿He recibido un aporte financiero para investigación (grant) o actividades de formación/educación por parte de una o más compañías relacionadas con medicamentos, dispositivos médicos o alimentos?  
 SI ( ) NO ( X )

Si usted ha contestado “SI” en alguna de las preguntas anteriores, indique a continuación el nombre de la compañía/s o producto/s con los que usted considera existe un potencial conflicto de interés o si existe alguna otra circunstancia que pueda afectar, a su objetividad o independencia en el desempeño de este equipo de trabajo.

<b>Nombre de la empresa</b>	<b>EMPRESA BAGO</b>		
<b>Nombre del producto(s)</b>	<b>CAPACITACION POR 10 HORAS A VISTADORES MEDICOS</b>		
<b>Desde</b>	<b>NOVIEMBRE 2020</b>	<b>Hasta</b>	<b>DICIEMBRE 2020</b>
<b>Tipo de beneficio recibido</b>	<b>PAGO COMO SERVICIOS PROFESIONALES</b>		



El delegado que mantenga un conflicto de interés, con una o varias empresas, o con uno o varios medicamentos, no deberá ser parte del procedimiento de evaluación para inclusión, exclusión o modificación de dichos medicamentos en el CNMB.

Con este antecedente, declaro que la información brindada es correcta y que no existe ninguna otra situación de conflicto de interés real, potencial o aparente, me comprometo a informar de cualquier cambio en estas circunstancias durante el desarrollo del trabajo para el cual fui delegado/a, así también, conocer la implicación de faltar a la verdad y acepto someterme a la justicia regular en caso de que fuese requerido.

Dado en el D.M. Quito a los 03 días del mes de febrero de 2021.

Para constancia de lo actuado, firma:



---

Representante/Delegado de:  
Nombre: RICARDO ERNESTO TIXI RAMIREZ  
C.C.: 1708663891