

Plagio académico

Méd. Hugo Arroyo Hernández

Editor de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Integridad en el quehacer científico

- La ciencia y la tecnología para que sea exitosa, tiene que llevarse acabo con integridad y ética.
- Una falta ética invalida la investigación y desacredita al investigador.
- Debe existir honestidad en la propuesta intelectual, desarrollo y comunicación de la investigación.
- Transparencia en los conflictos de interés reales o potenciales.



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Faltas éticas en investigación y publicación

- Fraude y falsificación de datos
- Faltas éticas en autoría (honoraria, fantasma)
- Faltas éticas en publicación (publicación duplicada, **plagio**)



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Plagio

- La palabra proviene del latín *plagiarius* que significa ‘secuestrador’.
- De acuerdo con el *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española, el **PLAGIO** es la acción de copiar en lo sustancial obras ajenas, dándolas como propias.
- Es, una conducta impropia e inadmisibles en el ámbito académico, tanto de parte de estudiantes como de docentes.



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Consideraciones sobre el plagio

- Resumir o parafrasear, no exime de la obligación de citar la fuente.
- Si reproduce un párrafo sin la cita, se comete plagio aun cuando aparezca en la bibliografía.
- El plagio constituye robo intelectual y puede conllevar a sanciones o penalidades severas.
- No se incurre en plagio cuando se comunica una afirmación aceptada por la comunidad académica o científica

Miranda Montecinos, A. (2013). Plagio y ética de la investigación científica. Revista chilena de derecho, 40(2), 711-726



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Plagio textual o completo

- Consiste en tomar literalmente el texto de un autor y hacerlas pasar como propias. Se omite toda referencia bibliográfica y uso de comillas.
- Es una apropiación palabra por palabra de un párrafo o de la totalidad de un texto, inédito o publicado, que corresponde a otra persona.



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Plagio parcial

- Consiste en mencionar la fuente, pero citada de manera ambigua y sesgada, sin delimitar claramente hasta dónde se toman prestadas las palabras de otro autor o autores.
- Se parafrasea ideas y palabras de un autor de manera imprecisa, como en hacer uso de las comillas de modo parcial e inadecuado, es decir, sin dar el crédito total y correspondiente al autor o los autores mencionados.



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Autoplagio

- “Se produce cuando los autores vuelven a usar sus trabajos o datos escritos con anterioridad en un nuevo manuscrito sin dejar que el lector sepa que ese material ya ha aparecido en otros lugares”
- “La esencia del autoplagio es que el autor intenta engañar al lector”

Roig M. Avoiding plagiarism, self-plagiarism, and other questionable writing practices: A guide to ethical writing. Saint Johns University; 2006.



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

A qué se debe el plagio

- Actitud deshonesta para cumplir con una tarea, obtener publicaciones científicas, buscar reconocimiento o intereses económicos
- Carencia de destrezas sobre cómo citar o dar crédito en un trabajo académico.



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
por la salud

‘Copiar y pegar’ en investigaciones en el pregrado: haciendo mal uso del Internet

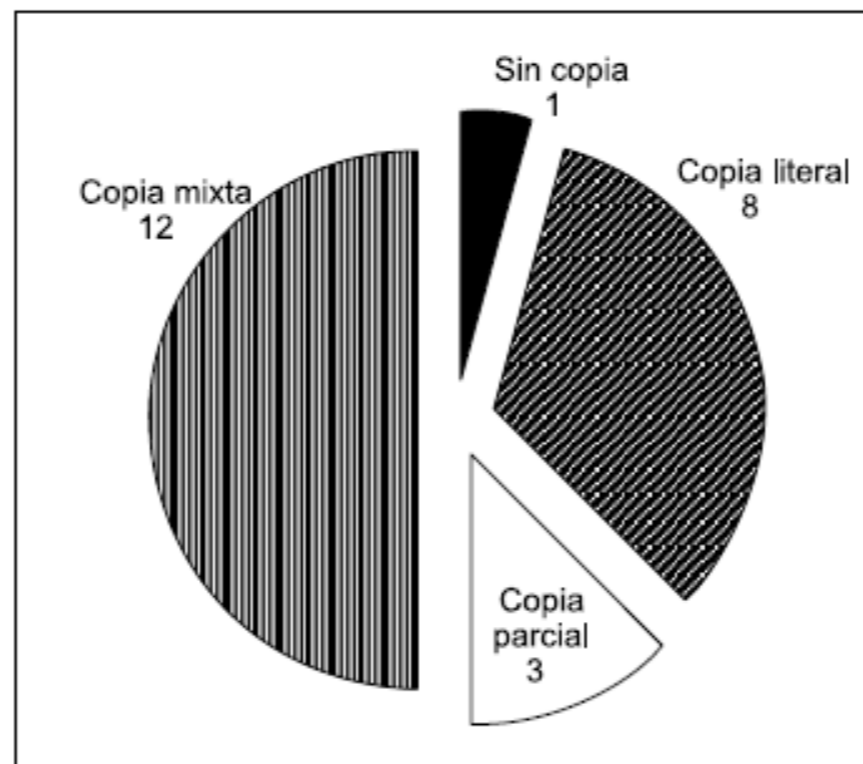


Figura 1. Frecuencia y tipo de copia en la introducción de trabajos de investigación desarrollados en un curso en la escuela de Medicina Humana de la UNMSM, 2004.

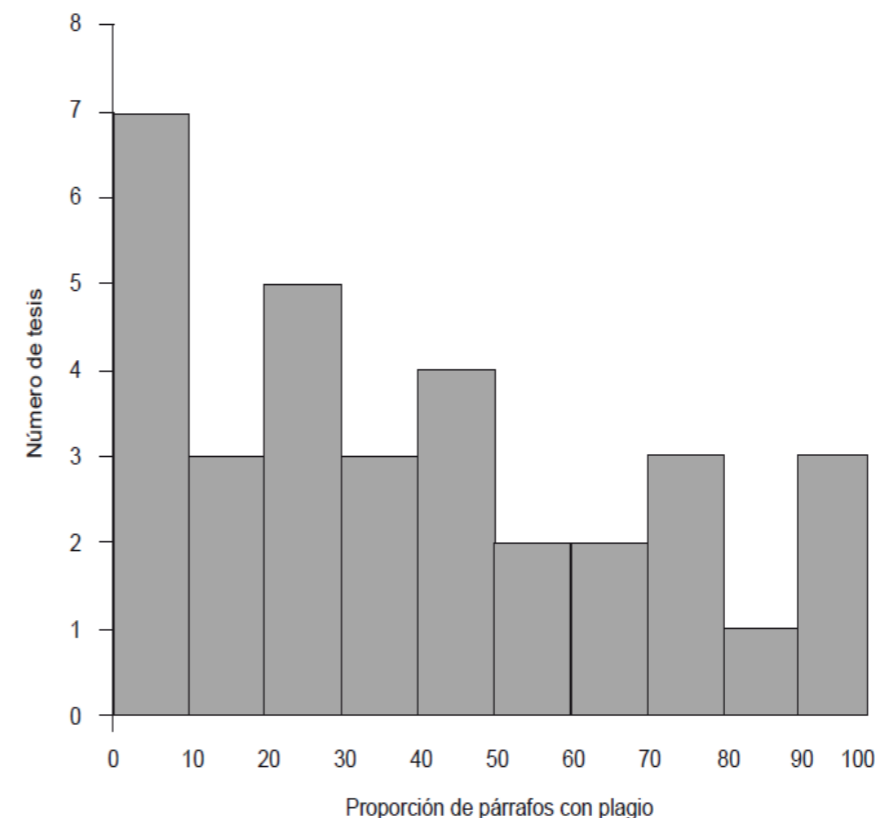
Charles Huamaní ^{1,2}, Andrés Dulanto-Pizzorni ¹, Verónica Rojas-Revoredo An Fac med. 2008;69(2):117-9



ALTA FRECUENCIA DE PLAGIO EN TESIS DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA PERUANA

J. Jhan C. Saldaña-Gastulo^{1,2,a}, C. Claudia Quezada-Osoria^{1,b}, Américo Peña-Oscuvilca^{2,3a}, Percy Mayta-Tristán^{2,4,5,c}

- Se evidenció plagio en **27/33** tesis y en **37,3% (171/479)** de párrafos evaluados.
- Las tesis que tuvieron como asesor a un docente que no tenía artículos publicados tuvieron mayor probabilidad de presentar plagio (**OR: 3,5**)



Plagio en un artículo estudiantil

Rufino Cabrera⁽¹⁾, Carlos Mayo⁽²⁾, Nicolás Suárez⁽³⁾, César Infante⁽²⁾, César Náquira⁽⁴⁾, Marco García-Zapata⁽⁵⁾

Tabla 1. Textos extraídos de los párrafos originales y textos plagiados

Texto original	Texto plagiado
<p>“La mayoría de las poblaciones endémicas no asocian al vector con la enfermedad de Chagas. En la población endémica de Posse, Estado de Goiás, Brasil, con más de una década bajo control, el 72,88% de los entrevistados atribuyeron como causa de la enfermedad de Chagas a los triatomíneos (Williams-Blangero et al., 1999), que explicaría la eficacia de un programa de control.” (Pág. 150)².</p>	<p>Plagio parcial</p> <p>“La mayoría de las poblaciones endémicas no asocian al vector con la enfermedad de Chagas. En la población endémica de Posse, Estado de Goiás, Brasil, con más de una década bajo control en 1999, el 72,88% de los entrevistados atribuyeron como causa de la enfermedad de Chagas a los triatomíneos (24), que explicaría la eficacia de un programa de control.” (Pág. 22 y 23) ¹.</p>
<p>“El ecótopo y los hábitos del vector como la infestación de los ambientes de la vivienda, la colonización de los tipos de vivienda y el reconocimiento de los refugios del vector son mejor conocidos por los entrevistados con excepción de su hábito hematófago.” (Pág. 151)²</p>	<p>Plagio literal</p> <p>“El ecótopo y los hábitos del vector como la infestación de los ambientes de la vivienda, la colonización de los tipos de vivienda y el reconocimiento de los refugios del vector son mejor conocidos por los entrevistados con excepción de su hábito hematófago.” (Pág. 23)¹</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Buscando plagio

Carpetas

Parámetros

Información de la cuenta



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

iThenticate will have a scheduled system maintenance Aug 1, 2020 from 8am - 2pm PDT

Buscar

Papelera

lis documentos

Documentos

Compartir

Parám

tulo

Informe ↑ Au

'17-7526-rchog-84-0-0018.pdf

art - 4,772 words

89%

182-18101-1-RV.docx

art - 439 words

85%

179-21713-1-RV.doc

art - 4,504 words

79%

119-19423-1-RV.docx

art - 2,470 words

79%

119 AMLO.docx

art - 2,470 words

79%

'44-22313-4-SM.docx

art - 4,472 words

71%

188-19939-1-RV.docx

art - 4,620 words

65%

184-16643-2-RV.docx

art - 5,005 words

63%

184-16643-2-RV.docx

art - 5,005 words

63%

'44-22313-4-SM.docx

art - 4,476 words

63%

'59-22412-1-RV.docx

art - 7,358 words

60%



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Buscando plagio

iThenticate® 4019-19423-1-RV.docx Citas incluidas Bibliografía incluida **79%** SIMILAR

La justicia del financiamiento es un aspecto especialmente importante para el sistema de salud mexicano. En el Informe de la Salud en el Mundo 2000, el desempeño del sistema mexicano de salud se vio muy afectado por sus pobres cifras de justicia financiera. Entre un total de 191 países, México ocupó el sitio 51 en el logro global en relación con los cinco objetivos definidos como intrínsecos (nivel y distribución de la salud, nivel y distribución de la capacidad de respuesta adecuada y protección financiera). A pesar de su desempeño global, en justicia financiera, México ocupó la posición 144¹².

Estas etapas suelen ser progresivas pero tienen un importante nivel de traslape. A medida que la afiliación avanza para incluir a toda la población, el paquete de servicios de salud se amplía, lo que aumenta el nivel de protección financiera. Al mismo tiempo mejora la calidad y el sistema se adapta para satisfacer las nuevas demandas. De hecho, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010 destaca los compromisos en tres dimensiones esenciales de la cobertura universal: quién (afiliación), qué servicios y qué proporción de gastos directos (protección financiera)¹³.

La cobertura universal de salud comprende tres etapas: a) la Afiliación universal, término relacionado con el de cobertura legal, que garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público; b) la Cobertura universal, que implica el acceso regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos, y c) Cobertura efectiva universal, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo¹⁴.

Resumen de Coincidencias

1	Internet 663 palabras Copiado el 05-Nov-2016 docplayer.es	22%
2	Internet 480 palabras Copiado el 14-Jun-2018 scielosp.org	16%
3	Internet 360 palabras Copiado el 05-Dic-2017 www.redalyc.org	12%
4	Internet 288 palabras www.saludtab.gob.mx	10%
5	Internet 159 palabras Copiado el 17-Nov-2016 saludpublica.mx	5%
6	Internet 98 palabras Copiado el 01-Nov-2018 www.saludpublica.mx	3%



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

No obstante, sólo en los países ricos, y en algunos en vias de desarrollo, está clara la estrecha vinculación que existe entre la inversión en salud, el desarrollo económico y social, y reducción de la pobreza. Ello lo podemos apreciar en el alto porcentaje de su Producto Interno Bruto que corresponden a gastos en salud. Para estos países es evidente que un mayor y más eficiente gasto en salud significa mejores condiciones generales de vida de su población, lo que contribuye a la formación del capital humano indispensable para fincar el desarrollo y la grandeza de una nación¹.

Durante el mandato de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), se pusieron las bases para iniciar el inexorable proceso de desmantelamiento de la seguridad social, pues se eliminó el papel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como responsable de la administración de fondos y pagador de las pensiones de los trabajadores del sector industrial, al asignar estas tareas a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) y a las aseguradoras².

Es dentro de esta realidad económica y social donde se inscribe el Programa del Seguro Popular de Salud puesto en marcha por la Secretaría de Salud Federal durante el periodo del 2001 y 2004, durante el sexenio de Vicente Fox Quesada y teniendo como Secretario de Salud al Dr. Julio Frenk Mora. El Programa de Seguro Popular de Salud es considerado un instrumento de protección financiera para la población no derechohabiente, misma que a través de un pago anticipado denominado prepago, tiene el derecho a recibir de manera gratuita, y durante un periodo de tiempo determinado, todos aquellos servicios de salud, medicamentos y estudios necesarios para preservar y mantener su salud³.

Inició su fase piloto en octubre de 2001 en cinco estados de la República (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco), y constituyó el "brazo operativo" del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1° de enero de 2004, cuando entró en vigor las adiciones a la Ley General de Salud, que sustentaban de manera legal las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas. Según la versión oficial, su principal objetivo sería sustituir el pago de bolsillo de las familias por el prepago, condición indispensable para el financiamiento de los seguros médicos y para la expansión del sector privado⁴.

Este seguro cubrirá progresivamente a todos aquellos ciudadanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional (trabajadores por cuenta propia, desempleados, sector informal de la economía y personas fuera del mercado laboral). Junto con sus familias, estos grupos representan aproximadamente la mitad de la población en México. Garantizando el acceso a cerca de 100 intervenciones que cubren más del 90% de la atención ambulatoria y cerca del 70% de las causas de atención hospitalaria de las instituciones públicas⁵.

De esta manera, el propósito fundamental sería transferir directamente recursos financieros hacia las familias. Así mismo, también buscaba como prioridades lo siguiente: a) Disminuir el gasto de bolsillo; b) Reducir el empobrecimiento de las familias; c) Preservar la salud de las familias afiliadas al programa; d) Fomentar la atención oportuna de la salud; e) Superar la brecha existente entre derechohabientes de la seguridad social y quienes están excluidos del mismo; f) Garantizar a sus afiliados el acceso a los medicamentos; y g) Eliminar los pagos de cuotas de recuperación que cobran los servicios de salud⁶.

En los documentos que dieron sustento a la creación del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud de México señala que la segmentación del sistema mexicano de salud y las transiciones epidemiológica y demográfica, dieron lugar a cinco grandes desequilibrios financieros: a) de nivel; b) de origen; c) de distribución; d) de esfuerzo estatal; y e) de destino de los recursos⁷.

Para fines de financiamiento, los servicios ofrecidos por el Sistema de Protección Social en Salud se mejoraron como Seguro Popular de Salud se dividen en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los servicios esenciales son los que conforman el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) como se presentan en los seguros de salud, el servicio es ofrecido en unidades de atención y hospitales generales, y se financian con recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP). Los servicios de alto costo se ofrecen en hospitales de especialidad y se financian a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)⁸.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, la reforma de 2003 permitirá eliminar los desequilibrios que obligaron a su implementación. Se espera incrementar la inversión en salud por lo menos por encima del promedio latinoamericano. Modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud, de manera que en el mediano plazo el gasto público constituya la principal fuente de recursos. La cuota social, por su parte, busca generar una mayor equidad financiera entre instituciones, mientras que la asignación presupuestal sobre la base de las familias afiliadas pretende producir una mayor equidad financiera, y una mayor transparencia en la asignación y el uso de los recursos compartida tanto en la distribución de la carga financiera como en la protección contra los riesgos de pérdidas financieras conyunto a uno de los objetivos intrínsecos de un sistema de salud⁹.

La aportación solidaria se conforma con una aportación estatal mínima (0.5 veces la cuota social) y una aportación federal (1.5 veces la cuota social) procedente del actual Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 23), que ya financió la mayor parte de las actividades de salud de las entidades federativas¹⁰.

Sin embargo, es un reto particularmente difícil de alcanzar debido a la naturaleza impredecible y a menudo catastrófica del gasto en salud. Por lo mismo, el diseño y la justicia del financiamiento del sistema de salud se ha vuelto un punto central en las discusiones sobre reformas del sistema.

La justicia del financiamiento es un aspecto especialmente importante para el sistema de salud mexicano. En el Informe de la Salud en el Mundo 2000, el desempeño del sistema mexicano de salud se vio muy afectado por sus pobres cifras de justicia financiera. Entre un total de 191 países, México ocupó el sitio 51 en el logro global en relación con los cinco objetivos definidos como intrínsecos (nivel y distribución de la salud, nivel y distribución de la capacidad de respuesta adecuada y protección financiera). A pesar de su desempeño global, en justicia financiera, México ocupó la posición 144¹¹.

Estas etapas suelen ser progresivas pero tienen un importante nivel de traslape. A medida que la afiliación avanza para incluir a toda la población, el paquete de servicios de salud se amplía, lo que aumenta el nivel de protección financiera. Al mismo tiempo mejora la calidad y el sistema se adapta para satisfacer las nuevas demandas. De hecho, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010 destaca los compromisos en tres dimensiones esenciales de la cobertura universal: qué (afiliación), qué servicios y qué proporción de gastos directos (protección financiera)¹².

La cobertura universal de salud comprende tres etapas: a) la Afiliación universal, término relacionado con el de cobertura legal, que garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público; b) la Cobertura universal, que implica el acceso regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos; y c) Cobertura efectiva universal, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo¹³.

México ha hecho avances significativos en materia de cobertura universal, sobre todo en las primeras dos etapas, tras la reforma Constitucional de 1983 y la reforma en salud de 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La tercera etapa es un reto continuo. Al igual que en el resto de los países, la calidad de la atención es un objetivo móvil para México¹⁴.

En 2012, después de nueve años de implantación de la reforma, el país ha alcanzado un hito en la cobertura universal. En el mes de abril, 52.6 millones de mexicanos que antes no contaban con seguro de salud se incorporaron al SPSS y se alcanzó la asignación presupuestaria para la cobertura universal. Esta experiencia es importante para otros países que están implementando reformas similares¹⁵.

La salud pública también se fortaleció a través de los siguientes instrumentos: a) un fondo para servicios comunitarios; b) un conjunto de cartillas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (parecidas a las cartillas de vacunación) con perspectiva de género y ciclo de vida; c) una reorganización completa de las actividades regulatorias a través de la creación de una nueva agencia de salud pública, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), encargada de vigilar la seguridad y eficacia de los nuevos medicamentos y dispositivos médicos, la regulación de la seguridad alimentaria, la aplicación de las normas medio ambientales y de salud ocupacional, y el control de la comercialización de sustancias peligrosas como el alcohol y el tabaco; y d) mayores inversiones en salud pública para mejorar la seguridad a través de la vigilancia epidemiológica y la mejora de la capacidad de respuesta a emergencias, desastres naturales, pandemias y actos de bioterrorismo¹⁶.

La creación de la COFEPRIS fue clave en el fortalecimiento de la función rectora de la Secretaría de Salud. Un ejemplo es el diseño y la implantación de medidas para el control del tabaco que incluyeron la prohibición de la publicidad en medios de comunicación, la creación de una Ley General para el Control del Tabaco y el aumento de los precios de este producto. Las inversiones en materia de vigilancia epidemiológica, laboratorios estatales de salud pública y preparación frente a posibles contingencias fueron cruciales para enfrentar la crisis de la gripe H1N1 de 2009¹⁷.

La población objetivo fue las familias de los seis primeros deciles de la distribución de ingreso que no son derechohabientes de la seguridad social, residentes en el territorio nacional y que tuvieran acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos¹⁸.

Durante el año 2006 en el ámbito de la salud a nivel mundial se presentaba el gran éxito del Seguro Popular de Salud; sin embargo, existen algunos hechos que cuestionan el prematuro "éxito" y la viabilidad del mismo como aspirante a convertirse en el tercer régimen de seguridad social del país en ese momento¹⁹. En la actualidad se ha convertido en ese régimen de seguridad que con sus limitaciones, se ha convertido en una opción de salud para la población.

El Seguro Popular de Salud deberá cubrir en el año 2010 al 50% de la población mexicana con un crecimiento promedio anual del 14.3%; sin embargo, dado que en la primera fase no se construyó infraestructura alguna, la atención prestada fue prácticamente a expensas de los servicios de atención de la red pública de la Servicios de Salud y de los sistemas estatales de salud, ya de por sí insuficiente. En lo financiero, se prevé una gran vulnerabilidad de los presupuestos estatales, pues el presupuesto federal fluirá hacia los estados en función de la cantidad de familias aseguradas y por lo tanto, el que registre menos afiliación, será el que reciba menor presupuesto²⁰.

Conclusión
El Seguro Popular de Salud está viviendo sus últimas horas dentro del sistema de salud mexicano, como resultado de la llamada "cuarta transformación" encabezada por el presidente Andrés Manuel López Obrador. Se propone que este esquema de los sistemas de salud sea absorbido por lo que sería el Instituto Mexicano del Seguro Social, estos cambios afectarán a la salud de los mexicanos, cuáles serán los resultados aún son difícil de pronosticar, pero el propósito era presentar lo que ha sucedido con el Seguro Popular de Salud en estos años y como se logró posicionar dentro de los Servicios de Salud en México, se espera que no sea un capricho el que quede borrado sino que sea el camino para lograr mejores condiciones de salud para los mexicanos, basado en la fortaleza que significaría instituciones de salud sanas financieramente y con mejores esquemas de operación.



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Sanciones a quienes comenten plagio

- Amonestación escrita
- Reprobación de un curso
- Expulsión de una institución
- Despido de empleo
- Inhabilidad para conseguir trabajo posteriormente
- Pérdida de credibilidad y prestigio profesional



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Qué hacer si recibimos un manuscrito con plagio

- Comprobar la extensión del plagio
- Comunicarse con el autor, expresar preocupación y solicitar explicación
- Evaluar la respuesta del autor y si admite culpa
- Rechazar el manuscrito, explicar la postura de la revista y lo que se espera del autor en el futuro.

Rojas-Revoredo V, Huamani C, Mayta-Tristan P. Plagio en publicaciones estudiantiles: experiencias y recomendaciones. Rev Med Chil. 2007; 135(8): 1087-88.



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

Según el porcentaje de similaridad brindado por el software, se han establecido puntos de corte para tomar decisiones sobre su siguiente revisión, ver Tabla 1.

Tabla 1. Puntos de corte y decisiones sugeridas al evaluar plagio.

Porcentaje de similaridad	Decisión	
	Proyecto de Tesis	Tesis
< 10%	Baja/nula sospecha de plagio. Registrar proyecto y enviar reporte a estudiante y asesor para conocimiento.	Baja/nula sospecha de plagio. Proceder a subir a repositorio
10 - 30%	Informar al asesor para que verifique la idoneidad del trabajo, con copia a coordinador de investigación.	Informar a Director Académico de Carrera, Coordinador de Investigación, Presidente de Jurado, Tesista y Asesor. Considerar envío al CIC. No se registra en el repositorio.
> 30%	Informar al asesor, coordinador de investigación y Director Académico correspondiente. Considerar envío a CIC. Se deniega registro.	Informar a Director Académico de Carrera, Presidente de Jurado, Tesista, Asesor el pase del caso al CIC. Se anula acta de sustentación.

Porcentajes producto del consenso de la DGIDI; CIC: Comité de Integridad Científica

Tomado de Percy Mayta

Medidas antiplagio UCSUR



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

¿Cómo escribir sin plagio?

- No copiar y pegar
- Leer los artículos a citar
- No citar la cita de una cita
- Conocer la estructura de un párrafo académico
- *Redacta tus propios párrafos, citando las afirmaciones, datos o ideas de otros.*





PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

¿Qué podemos hacer para evitar la mala conducta en la investigación?

- Capacitación sobre ética en investigación.
- Crear guías y normas de buena conducta de investigación
- Actuar enseguida que se sospeche de una mala conducta en investigación.
- Estructuras necesarias para la supervisión (uso de programas para combatir el plagio de texto e imágenes).



PERÚ

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Investigar para proteger la salud

- Gracias
- hugoarroyo2007@gmail.com