

¿Por qué debemos investigar en simulación clínica?

Why should we conduct research in clinical simulation?

La simulación clínica se ha consolidado como una herramienta fundamental en la formación de los profesionales de la salud (Cook et al., 2011; Issenberg et al., 2005; Motola et al., 2013). Su crecimiento ha sido sostenido y visible a nivel mundial, cada vez surgen más centros, tecnología, programas formativos y eventos. Sin embargo, es importante detenernos y preguntarnos: ¿por qué debemos investigar en simulación clínica? La respuesta parece obvia, pero exige una reflexión que va más allá de la retórica académica y que toca las bases mismas de nuestra legitimidad como campo de conocimiento de la simulación en ciencias de la salud.

En esta editorial se propone una exploración de las razones por las cuales la investigación en simulación clínica es un pilar en su estructura que debe ser rigurosa, sistemática y contextualizada, sino corre el riesgo de que se convierta en una práctica educativa sostenida solo por la inercia institucional y el entusiasmo hacia la tecnología, pero desconectada de la comprensión profunda de los procesos que pretende facilitar (Cook, 2014; Nestel y Bearman, 2015).

Toda práctica educativa que aspire a ser algo más que tradición o costumbre necesita contar con fundamento que sostenga dicha práctica, que la oriente y la someta a escrutinio, para el caso de la simulación clínica dicho fundamento es la investigación. Schön (1983) advirtió hace cuatro décadas que la práctica profesional reflexiva no puede prescindir de la indagación sistemática sobre lo que se hace y por qué se hace. Del mismo modo, Kolb (1984) planteó que el aprendizaje experiencial adquiere su mayor potencial formativo cuando se somete a ciclos de reflexión, conceptualización y verificación, principio que aplica tanto al estudiantado que participa en un escenario simulado como a la persona educadora que la diseña.

Una de las contribuciones más significativas de la investigación en simulación ha sido establecer que esta metodología es efectiva para el desarrollo de competencias clínicas, lo cual nos ayuda establecer que funciona. La revisión sistemática y metanálisis de Cook et al. (2011), que incluyó 609 estudios, demostró efectos consistentes en conocimientos, habilidades y comportamientos. McGaghie et al. (2011) aportaron evidencia metaanalítica de que la práctica deliberada en simulación supera a la educación clínica tradicional. El estudio nacional del NCSBN (Hayden et al., 2014) demostró que la sustitución de hasta el 50% de las horas clínicas por simulación no compromete los resultados de aprendizaje en enfermería. Estas contribuciones fueron fundamentales para dar legitimidad a la simulación como estrategia formativa.

No obstante, Cook (2014) argumentó con claridad que la pregunta de si la simulación funciona, ha sido respondida de manera suficiente. Pero, ahora la disciplina requiere preguntas de clarificación: ¿cómo funciona?, ¿para quién funciona mejor?, ¿en qué condiciones produce aprendizaje profundo?, ¿qué variables moderan su efecto? Reflexionar sobre este punto invita a reconocer que la investigación se vuelve necesaria, cuando las preguntas que quedan por responder son complejas y de mayor impacto en la calidad de la formación (Issenberg et al., 2005; Cook et al., 2013).

Si tomamos en consideración que la investigación es el fundamento que sostiene y da orientación a la simulación clínica, su ausencia tiene consecuencias que deben ser examinadas con gran honestidad, un programa de simulación que opera sin agenda de investigación no necesariamente produce malos resultados, pero carece de los medios para dar a conocer con certeza si sus prácticas son efectivas, eficientes y mejorables, por lo que se convierte en un espacio de reproducción, no de generación de conocimiento (McGaghie et al., 2010; Cook, 2014).

Otra situación que merece reflexionar es el tipo de investigación y la calidad con la que se realiza, Cheng et al. (2016) documentaron que una proporción significativa de la literatura publicada relacionada con la simulación presenta deficiencias metodológicas que limitan la validez y transferibilidad de sus hallazgos. Construir una cultura de investigación en los programas de simulación no requiere necesariamente grandes presupuestos ni infraestructura sofisticada, si no de interés genuino en investigación.

La simulación clínica ha recorrido un largo camino. Ha pasado de ser una curiosidad tecnológica o novedad a convertirse en un pilar central de la formación de profesionales en ciencias de la salud (Cook et al., 2011; Hayden et al., 2014). Pero ese reconocimiento no es la cima; es un escalón de una larga escalera que exige mayor rigor, profundidad, compromiso y honestidad intelectual. Los trabajos de Issenberg et al. (2005), McGaghie et al. (2010, 2011), Cook et al. (2011, 2013, 2014) y Cheng et al. (2016, 2020) no solo nos han aportado evidencia; modelaron una forma de hacer preguntas y de buscar respuestas que debería inspirar a toda la comunidad.

Para finalizar la pregunta de ¿por qué debemos investigar en simulación? Da una respuesta sencilla pero exigente: por nuestro estudiantado, los pacientes y para que las decisiones que se tomen estén fundamentadas en la mejor evidencia disponible. Aunque requiere tiempo, formación, recursos, colaboración y, ante todo, la convicción de que investigar no es un complemento de la simulación clínica, sino su condición de desarrollo y trascendencia.

Hugo Erick Olvera Cortés

Editor en Jefe | dr.heolvera@facmed.unam.mx

Filiación institucional:

Departamento de Integración de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México

ORCID:

0000-0002-3373-9608

Sección: Editorial | **Recibido:** 11 de mayo, 2026 | **Aceptado:** 29 de mayo, 2026

Cómo citar: Olvera Cortés, H. E. (2026). ¿Por qué debemos investigar en simulación clínica?. *REVISTA DE SIMULACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD*, 6, 5-7. 10.22201/fm.30617243e.2026.6.137

Este es un artículo *Open Access* bajo la licencia CC BY - NC - ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Referencias

1. Cheng, A., Eppich, W., Kolbe, M., Meguerdichian, M., Bajaj, K., & Grant, V. (2020). A conceptual framework for the development of debriefing skills: A journey of discovery, growth, and maturity. *Simulation in Healthcare*, 15(1), 55-60. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000398>
2. Cheng, A., Kessler, D., Mackinnon, R., Chang, T. P., Nadkarni, V. M., Hunt, E. A., Duval-Arnould, J., Lin, Y., Cook, D. A., Pusic, M., Hui, J., Moher, D., Egger, M., & Auerbach, M. (2016). Reporting guidelines for health care simulation research: Extensions to the CONSORT and STROBE statements. *Simulation in Healthcare*, 11(4), 238-248. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000150>
3. Cook, D. A. (2014). How much evidence does it take? A cumulative meta-analysis of outcomes of simulation-based education. *Medical Education*, 48(8), 750-760. <https://doi.org/10.1111/medu.12473>
4. Cook, D. A., Brydges, R., Zendejas, B., Hamstra, S. J., & Hatala, R. (2013). Mastery learning for health professionals using technology-enhanced simulation: A systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*, 88(8), 1178-1186. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31829a365d>
5. Cook, D. A., Hatala, R., Brydges, R., Zendejas, B., Szostek, J. H., Wang, A. T., Erwin, P. J., & Hamstra, S. J. (2011). Technology-enhanced simulation for health professions education: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 306(9), 978-988. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1234>
6. Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., & Jeffries, P. R. (2014). The NCSBN National Simulation Study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation*, 5(2), S1-S40. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30062-4](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30062-4)
7. Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10-28. <https://doi.org/10.1080/01421590500046924>
8. Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.
9. McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Cohen, E. R., Barsuk, J. H., & Wayne, D. B. (2011). Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine*, 86(6), 706-711. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318217e119>
10. McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Petrusa, E. R., & Scalese, R. J. (2010). A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *Medical Education*, 44(1), 50-63. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03547.x>
11. Motola, I., Devine, L. A., Chung, H. S., Sullivan, J. E., & Issenberg, S. B. (2013). *Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide*. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, 35(10), e1511-e1530. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.818632>
12. Nestel, D., & Bearman, M. (2015). Theory and simulation-based education: Definitions, worldviews and applications. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(8), 349-354. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.05.013>
13. Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.