

□ Cuando ya no se forma, sino que se representa: el ocaso del sistema MIR

Durante años, el servicio de neurocirugía en el que trabajo fue elegido por algunos de los mejores números MIR de España. Era un destino deseado, competitivo, lleno de exigencia y orgullo. Hoy, sin embargo, **recibimos residentes que no han elegido venir, sino que han acabado aquí porque no quedaba otra cosa**. En apenas una década, hemos pasado del privilegio al vacío. Y lo más preocupante no es la pérdida de prestigio, sino **lo que esa deriva revela sobre el estado terminal del sistema MIR tal y como lo conocemos**.

La asignación de plazas MIR se ha convertido en un espectáculo público cuidadosamente coreografiado. No es ya un acto administrativo, sino un **Show en directo**, una ceremonia seguida por miles de espectadores como si se tratara del sorteo de la Champions League o de un cónclave médico laico. Las pantallas anuncian con solemnidad el turno de cada aspirante y las redes sociales vitorean cada decisión como si el futuro de la medicina se resolviera ahí. **“Habemus dermatólogo”, “Habemus oftalmólogo”**, mientras en los pasillos reales del sistema, las plazas menos “glamurosas” van quedando vacías o asumidas por quienes no pudieron elegir.

Todo el aparato simbólico de la elección, con su fanfarria de excelencia, oculta la verdad incómoda: **muchos de los mejores expedientes no van donde más se les necesita, sino donde menos se les exige**. Y muchos de los que entran en las especialidades estructurales del sistema lo hacen desde el cansancio de haber perdido la batalla por el número.

Lo más inquietante no es la sobrecarga, ni la burocracia, ni siquiera el agotamiento estructural. Lo verdaderamente alarmante es esto: **los que entran por arriba no se forman, y los que entran por abajo no quieren quedarse**. Es ahí donde se condensa el colapso silencioso. Un colapso que no llega de golpe, sino **como los crepúsculos: con lentitud, sin estridencias, pero irreversible**.

El sistema que durante décadas se presentó como emblema de la meritocracia sanitaria ha llegado al final de su recorrido funcional. **Ya no cumple su promesa formativa ni su propósito organizativo**. Se sostiene solo porque nadie se atreve aún a nombrar su caducidad. Pero los que llevamos años habitándolo sabemos que el tiempo de este modelo se ha terminado. Lo que queda es su cascarón administrativo, el ritual repetido de plazas, números y rankings, **como quien sigue tocando el violín en un teatro en ruinas**.

□ El simulacro de formar

Ya no se enseña. Se gestiona. Ya no se interpela al residente. Se le cuida para que no se queje. Ya no se exige. Se negocia. Y todo ello ocurre **bajo la apariencia de normalidad institucional**, revestido de encuestas, planes de rotación y simulacros pedagógicos que han convertido el acto de formar en una coreografía vacía.

Cuando un residente llega a ciertas especialidades, ya sabemos —él también lo sabe— que no está allí por deseo, sino por descarte. El tutor lo recibe no como guía, sino como rehén de un sistema de asignación que ha convertido la elección en resignación. **¿Cómo transmitir el arte de la medicina a alguien que siente que está cumpliendo condena?**

Al otro extremo, los primeros números, conscientes de su valor de mercado, desembarcan no con vocación sino con contrato psicológico implícito: **“no me exijas demasiado; yo te elegí a ti”**. Y así, **la docencia se ha vuelto servil, las evaluaciones se han convertido en juicios sumarios, y el tutor, en actor secundario de una pedagogía que ya no educa sino que complace.**

□ La meritocracia convertida en ansiedad estructural

El MIR ha sido un artefacto tecnocrático eficaz durante años, pero está agotado. Lo que alguna vez fue un instrumento de orden se ha convertido en un dispositivo de ansiedad masiva. Desde que un niño pisa la escuela ya intuye que, si sueña con ser médico, deberá encadenar años de perfección estadística. Lo que la medicina debería exigir en madurez, juicio y compasión, **se sustituye por una carrera adolescente por el 13,5 en la EBAU.**

El resultado es el que ya vemos: médicos que han aprendido a aprobar, pero no a elegir. Que dominan el algoritmo del sistema, pero **no soportan la duda que define la medicina real.**

□□ Una lección perdida

He citado muchas veces el modelo alemán, no porque sea perfecto, sino porque **conserva algo que aquí se ha olvidado: el reconocimiento mutuo entre maestro y discípulo.** En Alemania no hay MIR. El acceso a la especialidad nace del encuentro entre quien quiere aprender y quien puede enseñarle. ¿Existe el riesgo de favoritismo? Por supuesto. Pero también existe el contrapeso: **los servicios son evaluados con criterios reales de rendimiento docente, asistencial y científico.** Si no funcionan, no se sostienen.

Aquí, en cambio, **el sistema protege el decorado, aunque el escenario esté vacío.**

□ Lo que aún puede hacerse... si hay voluntad

La reforma ya no es una opción; es una necesidad ontológica. Y debe comenzar por la honestidad. Algunas propuestas urgentes:

- **Restituir la autoridad moral del tutor.** Sin libertad para corregir, formar es imposible. Y sin formación verdadera, todo lo demás es fraude.
- **Acabar con la dictadura de la nota.** El número MIR no mide lo que la medicina necesita. Mide docilidad, memoria, y resistencia al error. Nada de eso cura.
- **Revalorizar las especialidades estructurales.** Interna, psiquiatría, anestesia, cirugía general... no pueden seguir siendo los vertederos del sistema. Son su esqueleto.
- **Revisar el acceso desde la afinidad y el proyecto común.** Porque una plaza aceptada desde la convicción vale más que diez asignadas por descarte.
- **Crear una cultura de verdad clínica.** Donde se premie la coherencia, no la complacencia. Donde se respete al que exige, no solo al que cae bien.

□ El miedo como atmósfera

Los adjuntos ya no son formadores. Son operadores de supervivencia institucional. Saben que cualquier palabra puede ser leída como ofensiva. Que una corrección puede escalar a gerencia. **Y así, donde debería haber palabra, hay silencio. Donde debería haber transmisión, hay autocensura.** Y cuando el conocimiento clínico ya no se comparte con libertad, el sistema no se debilita: se apaga.

□♂ El tutor bienqueda: un síntoma más

Una figura cada vez más frecuente en este escenario es la del **tutor que se pliega ante todos los residentes**. El que nunca incomoda, el que cede siempre, el que quiere caer bien a toda costa. **No enseña, gestiona simpatías. No forma, construye reputación.**

Este tipo de tutor se presenta como afable y flexible, pero en realidad actúa por cálculo: teme a la queja, a la encuesta negativa, a la mala imagen frente a la unidad docente. **No tiene convicciones clínicas fuertes, sino una brújula interna que siempre apunta al “no molestar”.** Y esa actitud, lejos de ser inocua, **destruye lentamente el sentido profundo del aprendizaje médico: confrontar, madurar, resistir.**

Tratar con él no exige enfrentamiento, sino claridad. No hay que atacarlo, sino desenmascararlo con hechos. **Su fragilidad es que no tiene discurso propio.** Basta con preguntarle, sin agresividad: ***“¿Qué estás enseñando realmente?”* o * “¿Qué quedará de tu paso como tutor cuando los aplausos se apaguen?”***

En un sistema frágil, **el tutor complaciente es un actor de reparto que se cree indispensable.** Pero la historia lo olvidará rápido. Y el residente bien formado, no lo recordará.

□ El sistema ha concluido

El sistema MIR, tal y como lo conocemos, ha concluido.

Podrá durar unos años más en sus formas, pero ya ha perdido su contenido. Y lo que se sigue haciendo en su nombre es cada vez más representación, y cada vez menos formación.

La medicina sin transmisión humana es técnica sin alma. Y la técnica sin juicio, es sólo riesgo sistematizado.

Que el próximo residente llegue porque quiere. Y que el próximo adjunto le enseñe... sin miedo.

Tu artículo plantea que el sistema MIR se ha vaciado de contenido, y lo sustituye con una

representación ritualizada: elección pública, tutor complaciente, cultura de la queja y precariedad del saber. Pues bien, esa misma estructura se confirma en la conversación:

Se comenta que los nuevos residentes “no quieren quedarse”.

Se lamenta la llegada de “un dermatólogo frustrado”.

Se ironiza: “La neurocirugía ni Fefa” o “Lo que le gusta es tener la polla larga”, señalando un vacío de vocación reemplazado por ego o estrategia.

Se hace crítica directa al tutor que nunca incomoda: “No se enseña, se cuida para que no se queje”.

El deterioro institucional que denuncias está internalizado emocionalmente en los que aún resisten dentro. Es decir: tú ya no lo describes desde fuera, lo sufres desde dentro.

2. Del sarcasmo a la desesperanza: el final de la ilusión Tú escribes:

“Lo que queda es su cascarón administrativo, el ritual repetido de plazas, números y rankings, como quien sigue tocando el violín en un teatro en ruinas.”

Y en el chat escribes:

“Yo lo único que sé es que ilusión la voy perdiendo.”

Esa frase es clave. Resume que ya no es solo el sistema lo que se ha vaciado: es la experiencia subjetiva de quienes aún habitan dentro. Tu uso del humor negro en el chat no es cinismo. Es una forma de resistencia mínima, un modo de evitar que la decepción te hunda.

3. La muerte de la vocación como tragedia generacional En tu texto afirmas:

“El número MIR no mide lo que la medicina necesita. Mide docilidad, memoria, y resistencia al error. Nada de eso cura.”

Y en la conversación:

“Por lo menos tienen la vocación del dinero... los han amaestrado desde pequeños.”

La conclusión es que el sistema ha generado un tipo de profesional que no busca formar parte de una tradición médica, sino cumplir una estrategia de vida personal. La medicina ya no es misión ni viaje iniciático, sino trámite de acceso a la estabilidad, como podría ser una oposición en cualquier otro ámbito.

□ Conclusión: crónica de una bancarrota vocacional Tu artículo diagnostica un sistema roto. La conversación lo muestra en carne viva. Es un diálogo entre dos testigos lúcidos que ya no esperan reformas milagrosas, sino al menos dignidad en la caída.

Este cruce entre el análisis institucional y el testimonio personal es potente porque:

Muestra que el colapso no es solo estructural, sino también emocional.

Revela que el humor, la queja, la rabia y la tristeza ya no son síntomas de debilidad, sino formas de duelo ante una medicina que se está vaciando de humanidad.

Y recuerda, como dices tú, que “la medicina sin transmisión humana es técnica sin alma”.

Si quieres, puedo ayudarte a convertir esto en una versión ampliada del artículo con una sección final titulada: □“Conversación con el vacío: cómo se siente el ocaso desde dentro”, integrando extractos del chat como prueba viva.

¿Quieres que lo redacte?

Tú dijiste: haz un informe demoledor de la situación de la vocación de los MIR

ChatGPT Plus Aquí tienes un informe demoledor sobre el estado actual de la vocación en los MIR, redactado con el tono crítico, lúcido y estructural que requiere la gravedad del tema:

□ Informe Crítico El colapso de la vocación MIR: De la medicina como llamado a la medicina como estrategia □ 1. Introducción La vocación médica ha sido, históricamente, el cimiento invisible pero indispensable del sistema sanitario. No figura en los contratos, no se mide en las encuestas, pero sostiene guardias, decisiones clínicas y noches sin dormir. Hoy, sin embargo, la vocación está en bancarrota. Y el sistema MIR, que durante décadas canalizó esa energía transformadora, se ha convertido en un dispositivo de selección masiva que confunde mérito con obediencia, y excelencia con rendimiento académico.

Este informe no busca diagnosticar una crisis futura. La crisis ya está aquí. Lo que se está extinguiendo no es solo una forma de formar médicos. Es una forma de estar en la medicina.

□ 2. De la vocación al cálculo: el nuevo perfil del residente El MIR ya no selecciona a los que quieren, sino a los que pueden. La especialidad se elige por un algoritmo que pondera:

Calidad de vida

Remuneración futura

Carga de trabajo

Probabilidad de irse al extranjero o trabajar en la privada

Esto ha convertido a especialidades duras —como neurocirugía, interna, urgencias o psiquiatría— en contenedores residuales para aspirantes frustrados. Ya no llegan por deseo, sino por descarte.

“Si ha elegido neurocirugía con un 3000, es porque no quedaba nada más.”

La vocación ha sido sustituida por la estrategia de mínimos. No se elige lo que se ama, sino lo que queda menos lejos del ideal imposible.

□ 3. La representación vocacional: fingir que se quiere estar El sistema exige que el residente actúe. Que simule compromiso. Que diga lo correcto en las encuestas, pero no moleste. La cultura de la queja ha generado un entorno donde:

El tutor no enseña; evita conflictos.

El residente no se forma; se protege.

El adjunto no lidera; sobrevive.

El resultado es devastador: una relación pedagógica sin riesgo, sin tensión, sin profundidad.

“Ya no se forma. Se representa.”

□ 4. Causas estructurales de la caída La nota del MIR como único filtro: premia la memorización, castiga la madurez clínica. El resultado es un acceso infantilizado a decisiones adultas.

El Show mediático de la elección: convierte un acto de compromiso en una performance de vanidad.

El miedo institucional: nadie corrige, nadie confronta. Todo se mide por si "te han puesto una buena reseña".

El debilitamiento del tutor: ya no se respeta al que enseña, sino al que complace.

La precariedad laboral futura: ¿cómo hablar de vocación cuando el futuro del adjunto es tan incierto como el del residente?

□ 5. Indicadores de una vocación muerta Desafección clínica temprana: residentes que en el primer año ya expresan arrepentimiento.

Elección instrumental de especialidades: busca de salidas privadas, quirófanos rentables o nulas guardias.

Falta de iniciativa espontánea: nula curiosidad, apatía en quirófano, actitud pasiva ante el aprendizaje.

Humor derrotista: "a dormir, que mañana hay que estar triste desde temprano".

Ausencia de vínculos intergeneracionales: ya no hay maestros, solo gestores de rotación.

□ 6. Consecuencias inminentes Pérdida de identidad profesional.

Servicios que se convierten en plataformas de paso, no de pertenencia.

Formación hueca, sin transmisión de criterio.

Especialidades críticas convertidas en vertedero de frustrados.

Fuga de talento real: quienes aún conservan la vocación huyen del sistema MIR o se expatriarán.

□ 7. Lo que urge hacer (aunque ya sea tarde) Redefinir los criterios de acceso: incorporar entrevistas, afinidad, proyectos personales.

Restituir la autoridad del tutor: sin libertad para exigir, no hay formación.

Revalorizar la dureza formativa: la medicina no es un spa profesional.

Recompensar el compromiso real: contratos, becas o reconocimientos ligados a esfuerzo clínico, no solo a notas.

Visibilizar el problema: dejar de fingir que el sistema funciona. Ya no lo hace.

□ 8. Conclusión Lo que estamos viendo no es un fallo del sistema MIR. Es su agotamiento final. El modelo que alguna vez fue ejemplo de meritocracia sanitaria hoy fabrica médicos sin hambre de medicina. Y esa es la mayor catástrofe que puede enfrentar un país que aún necesita sanadores, no estrategias del bienestar.

"La medicina sin vocación es técnica vacía. Y la técnica sin alma, solo multiplica los errores."

Hasta que no reconozcamos esta bancarrota, seguiremos formando médicos que no quieren estar... y tutores que ya no saben por qué están.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=mir_2025

Last update: **2025/05/10 17:44**

