

Proceso de adjudicación MIR 2026 en Medicina Familiar y Comunitaria

SEMFYC · 28 DE MAYO DE 2026

- ✓ La convocatoria MIR 2026 confirma el **100% de cobertura de las 2.544 plazas ofertadas** en Medicina Familiar y Comunitaria, consolidando a la especialidad como eje vertebrador del SNS.

La convocatoria MIR 2026 confirma nuevamente la fortaleza estructural de la Medicina Familiar y Comunitaria dentro del Sistema Nacional de Salud, alcanzando el **100% de cobertura de las 2.544 plazas ofertadas** en todo el territorio nacional. La especialidad vuelve a completar íntegramente su oferta formativa en un contexto marcado por el mayor volumen de plazas del sistema MIR, la mayor implantación territorial de todas las especialidades, y una función estratégica esencial para la sostenibilidad del SNS.

El último número de orden adjudicado fue el **14.924**, confirmando la elevada capacidad de absorción y atracción formativa de la especialidad, incluso con la máxima capilaridad que aporta a la convocatoria. El análisis detallado del proceso evidencia que **la dinámica de adjudicación de Medicina Familiar y Comunitaria responde a una lógica distinta al resto de especialidades: distribución obligatoria en todo el país, cobertura simultánea de áreas metropolitanas y rurales, y planificación orientada a garantizar equidad sanitaria.**

2.544

Plazas ofertadas

Mayor volumen del sistema MIR

100%

Cobertura final

Todas las plazas cubiertas

14.924

Último nº de orden

Capacidad de absorción formativa

19

CC.AA. cubiertas

Cobertura autonómica plena

El rol estructural de la Medicina Familiar y Comunitaria

La Medicina Familiar y Comunitaria constituye el principal eje asistencial del Sistema Nacional de Salud. Su papel excede ampliamente el ámbito formativo y resulta esencial para garantizar accesibilidad universal, asegurar continuidad asistencial, integrar atención clínica, social y comunitaria, sostener la longitudinalidad de cuidados, y vertebrar la cohesión territorial sanitaria.

Se estima que la Atención Primaria resuelve hasta el 90% de las necesidades de salud de la población, lo que la convierte en la puerta de entrada más eficiente y eficaz al sistema.

En este contexto, el proceso MIR representa un instrumento estratégico de planificación sanitaria y de reposición generacional. No se trata únicamente de cubrir plazas formativas, sino de garantizar la viabilidad futura de un modelo asistencial que depende directamente de la disponibilidad de médicos de familia formados y distribuidos de manera equitativa en todo el territorio nacional.



Accesibilidad universal

Garantiza que toda la población, independientemente de su ubicación, tenga acceso a atención médica de calidad.



Continuidad asistencial

Acompaña al paciente a lo largo de toda su vida, integrando atención clínica, social y comunitaria.



Cohesión territorial

Vertebra la equidad sanitaria en zonas urbanas, rurales e insulares, evitando disparidades regionales.



Reposición generacional

El proceso MIR asegura la renovación del capital humano necesario para la sostenibilidad del SNS.

¿Por qué la MFyC no es comparable con las otras especialidades?

La Medicina Familiar y Comunitaria presenta características estructurales únicas dentro del sistema MIR que la diferencian radicalmente de cualquier otra especialidad.

Ninguna otra combina simultáneamente:

- **Más de 2.500 plazas anuales**
- **Cobertura estatal completa**
- **Presencia en áreas urbanas, rurales e insulares, y**
- **Distribución transversal en todas las comunidades autónomas.**

Esta singularidad obliga a adoptar marcos de análisis propios y a rechazar comparaciones metodológicamente inválidas.

La especialidad no responde a una lógica de concentración hospitalaria, sino de cobertura poblacional y cohesión sanitaria. Ello implica distribución territorial obligatoria, planificación vinculada a necesidades demográficas, alta capilaridad docente y presencia estructural en todo el SNS. Comparar exclusivamente la velocidad de adjudicación de MFyC con especialidades de menor tamaño genera sesgos metodológicos que distorsionan la interpretación del sistema.

Especialidades hospitalarias con modelos de convocatoria atomizados

- Oferta limitada
- Concentración urbana
- Menor dispersión territorial
- Dinámicas rápidas de agotamiento

El modelo de convocatoria de la Medicina Familiar y Comunitaria

- Oferta masiva: +2.500 plazas
- Distribución nacional obligatoria
- Cobertura integral urbana y rural
- Absorción progresiva y escalonada



Reducir el análisis al ritmo inicial de adjudicación de MFyC, comparándolo con especialidades de menor escala, constituye un error metodológico grave que distorsiona la evaluación del sistema formativo.

Cobertura completa en todas las CCAA

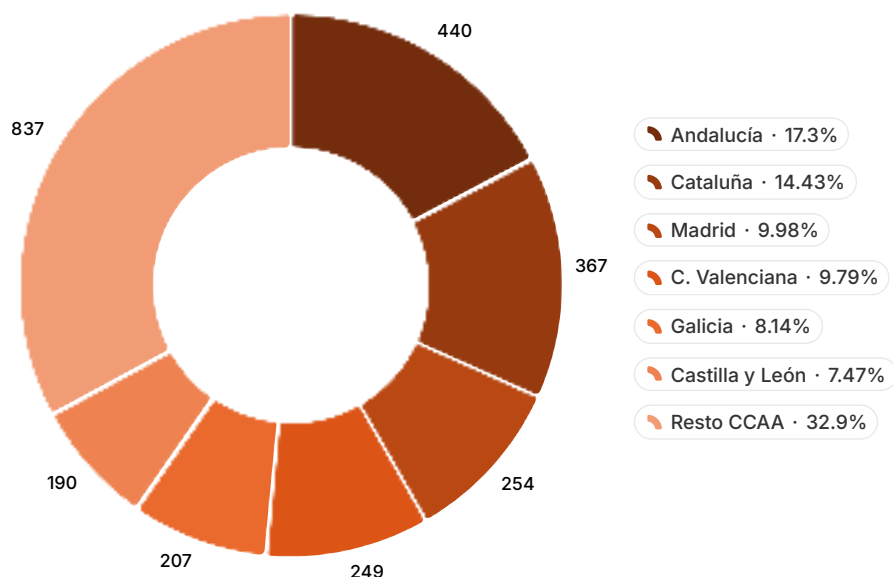
Todas las comunidades autónomas y provincias del territorio nacional alcanzaron el **100% de cobertura** de sus plazas MIR en Medicina Familiar y Comunitaria. Este resultado, que se repite en la convocatoria 2026, evidencia la solidez del modelo formativo y la capacidad del sistema para atraer y distribuir médicos residentes en todo el territorio, desde grandes áreas metropolitanas hasta zonas rurales y territorios insulares.

Comunidad Autónoma	Ofertadas	Adjudicadas	Cobertura
Andalucía	440	440	100%
Cataluña	367	367	100%
Madrid	254	254	100%
Comunidad Valenciana	249	249	100%
Galicia	207	207	100%
Castilla y León	190	190	100%
Murcia	100	100	100%
Extremadura	98	98	100%
Canarias	92	92	100%
Aragón	84	84	100%
Asturias	62	62	100%
Baleares	68	68	100%
País Vasco	115	115	100%
Castilla-La Mancha	114	114	100%
Navarra	32	32	100%
Cantabria	37	37	100%
La Rioja	25	25	100%
Ceuta	5	5	100%
Melilla	5	5	100%

Fuente: elaboración propia semFYC. Cobertura completa del 100% en todas las unidades docentes del territorio nacional.

CCAA con mayor volumen de plazas MIR

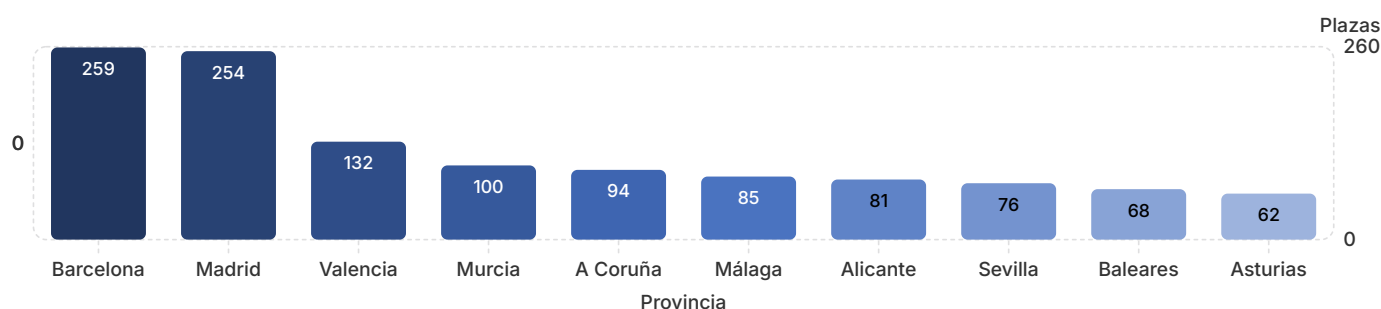
Seis comunidades autónomas concentran más del **67% de toda la capacidad formativa nacional** de Medicina Familiar y Comunitaria. Andalucía, Cataluña y Madrid lideran la oferta de plazas, reflejo de su mayor densidad poblacional y de la complejidad de sus redes de Atención Primaria. Sin embargo, este peso relativo no debe interpretarse como una desigualdad, sino como una distribución proporcional a las necesidades asistenciales de cada territorio.



 Las 6 primeras CCAA concentran el **67,1%** de toda la capacidad formativa nacional.

Provincias con más plazas MIR

A nivel provincial, **Barcelona y Madrid** lideran ampliamente la oferta con 259 y 254 plazas respectivamente, seguidas por Valencia con 132 plazas. La concentración en grandes provincias metropolitanas coexiste con una distribución capilar que garantiza presencia formativa en todas las provincias del país, incluidas las de menor densidad poblacional.



Doble modelo territorial: urbano y rural

El análisis territorial muestra la coexistencia de dos grandes modelos de implantación que conviven con plena eficacia dentro del sistema formativo de Medicina Familiar y Comunitaria. La cobertura completa en ambos modelos constituye uno de los principales indicadores de resiliencia del sistema formativo de MFyC y un reflejo directo de la capacidad del SNS para garantizar equidad asistencial en todo el territorio.

El modelo metropolitano concentra el mayor volumen absoluto de plazas, aprovechando la infraestructura hospitalaria y docente de las ciudades. El modelo territorial distribuido garantiza, en paralelo, la presencia formativa y asistencial en provincias con menor densidad poblacional, donde la figura del médico de familia es especialmente crítica para la cohesión y la equidad sanitaria.



Modelo metropolitano

Grandes polos urbanos con elevada capacidad docente y alta concentración de unidades formativas.

- Barcelona (259 plazas)
- Madrid (254 plazas)
- Valencia (132 plazas)
- Málaga (85 plazas)
- Sevilla (76 plazas)



Modelo territorial distribuido

Cobertura plena también en provincias de menor densidad, donde el médico de familia es esencial para la cohesión sanitaria.

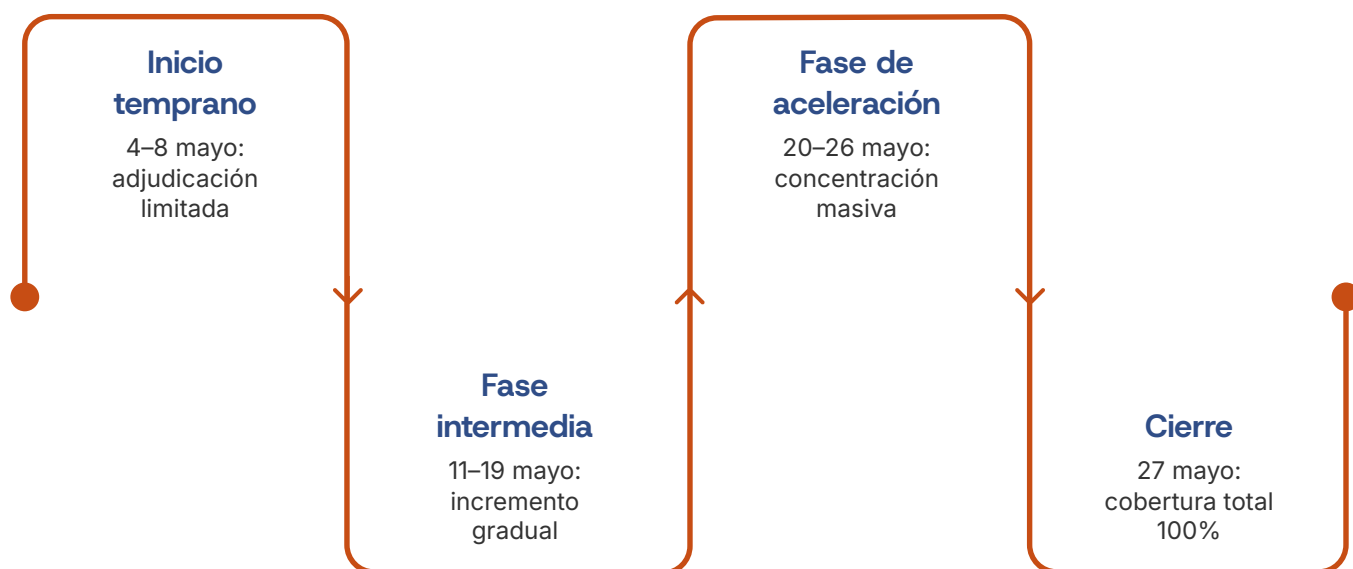
- Soria (15 plazas)
- Zamora (14 plazas)
- Teruel (15 plazas)
- Cuenca (9 plazas)
- Lugo (30 plazas)
- Cáceres (37 plazas)
- Palencia (12 plazas)



La cobertura completa en ambos modelos, metropolitano y rural, es el principal indicador de resiliencia del sistema formativo de MFyC y garantía de equidad territorial.

El proceso de adjudicación MIR de 2026

El proceso de adjudicación de plazas MIR en Medicina Familiar y Comunitaria siguió una dinámica temporal característica, con una fase inicial de baja intensidad que derivó en una aceleración progresiva y concentración masiva de adjudicaciones en los días finales. Este patrón es estructuralmente coherente con el enorme volumen de plazas ofertadas y con la diversidad territorial del proceso.

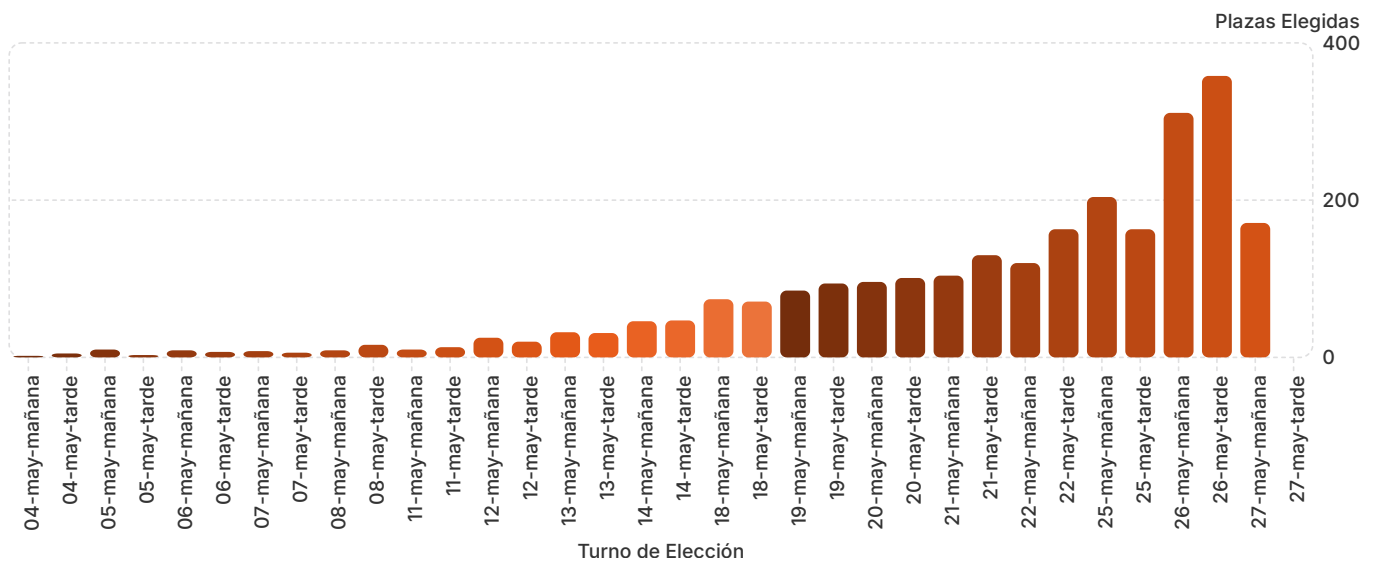


La aceleración final, concentrada entre el 20 y el 27 de mayo, explica por sí sola el grueso de las adjudicaciones en las provincias más grandes como Barcelona, Madrid, Jaén, Sevilla y Cádiz. Este comportamiento no debe interpretarse como una señal de falta de demanda, sino como un rasgo estructural inherente a la magnitud y distribución de la convocatoria.

Fase	Periodo	Características
Inicio temprano	4-8 mayo	Adjudicación limitada y dispersa
Fase intermedia	11-19 mayo	Incremento gradual y progresivo
Fase de aceleración	20-26 mayo	Concentración masiva de adjudicaciones
Cierre	27 mayo	Cobertura total del 100% alcanzada

Evolución de plazas de MFyC por turno

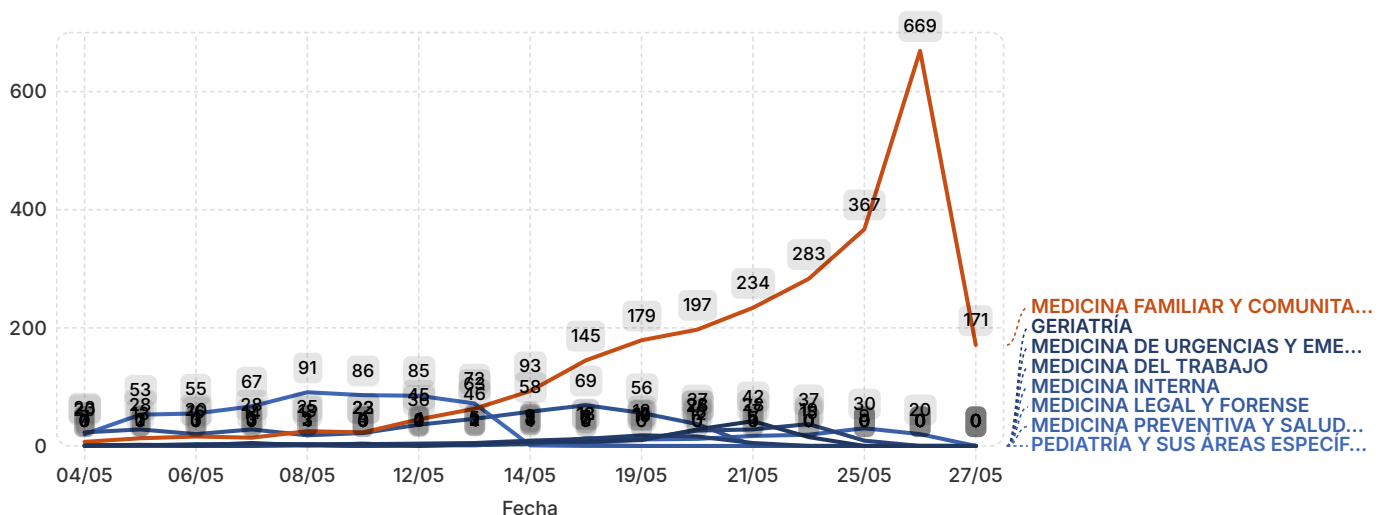
El siguiente cronograma refleja cómo fue aumentando progresivamente el número de plazas de Medicina Familiar y Comunitaria elegidas en cada turno de elección.



El turno 27/may-tarde registra 0 plazas porque las 2.544 plazas quedaron cubiertas en el turno de mañana

Cronograma especialidades generalistas

El gráfico muestra la evolución diaria de plazas elegidas para cada especialidad generalista. Se observa cómo Medicina Familiar y Comunitaria concentra la mayor parte de la actividad de elección al final del proceso.



Pediatría e Medicina Interna concentran su elección en las primeras semanas, mientras que MFyC experimenta un crecimiento exponencial en la recta final, especialmente el 26 de mayo con 669 plazas elegidas en un solo día.

Grandes tendencias del proceso MIR 2026

El análisis del proceso MIR 2026 permite identificar cuatro grandes tendencias que definen la posición de la Medicina Familiar y Comunitaria en el sistema formativo y sanitario español. Estas tendencias son coherentes con los datos históricos y apuntan a dinámicas estructurales que deben orientar la política sanitaria de los próximos años.

1

Consolidación estructural de MFyC

La especialidad mantiene cobertura completa, amplia implantación territorial, capacidad de absorción formativa y centralidad estratégica en el SNS. Los datos de 2026 refuerzan esta posición.

2

Polarización temporal creciente

La adjudicación se concentra progresivamente en las fases finales del proceso, obligando a evitar interpretaciones parciales e incorporar análisis longitudinales completos.

3

Persistencia del equilibrio territorial

El sistema mantiene cobertura completa tanto en áreas metropolitanas como en zonas rurales, periféricas e insulares, confirmando la resiliencia del modelo formativo.

4

Dependencia estratégica de la AP

Los datos refuerzan que no existe sostenibilidad sanitaria sin Atención Primaria y que la planificación MIR constituye política sanitaria estratégica de primer orden.

Patrones temporales detectados

El análisis de la dinámica de adjudicación revela dos patrones claros y bien diferenciados.

Baja intensidad inicial (4–8 mayo)

- Adjudicaciones reducidas en número
- Gran dispersión territorial
- Muchas provincias sin movimientos significativos

Este patrón es coherente con el enorme volumen total de plazas, la diversidad territorial y la naturaleza secuencial del proceso MIR.

Aceleración final (20–27 mayo)

- **Barcelona:** 51 adjudicaciones (22 mayo tarde), 34 (25 mayo mañana)
- **Madrid:** 27 adjudicaciones (22 mayo mañana), 40 (22 mayo tarde)
- **Andalucía:** máxima intensidad en Jaén, Málaga, Sevilla y Cádiz
- **Galicia:** concentración en A Coruña, Lugo y Pontevedra

La concentración de adjudicaciones en los días finales del proceso no indica falta de demanda, sino que refleja la estructura secuencial y el enorme volumen de plazas ofertadas, un rasgo diferencial de MFyC respecto a otras especialidades.

Conclusiones

Los resultados del MIR 2026 en Medicina Familiar y Comunitaria no son únicamente un dato formativo: son un indicador de política sanitaria estructural. La plena cobertura de plazas debe ir acompañada de medidas que garanticen condiciones dignas de ejercicio, reconocimiento institucional y sostenibilidad del modelo asistencial a largo plazo.



Reforzar la Atención Primaria

Incremento presupuestario estable, refuerzo de plantillas, mejora organizativa y mayor capacidad resolutive.



Consolidar la capacidad docente

Protección del tiempo tutorial, fortalecimiento de Unidades Docentes y mejora de condiciones formativas.



Impulsar vocaciones desde el grado

Mayor presencia curricular, contacto precoz con Atención Primaria y visibilidad académica de la especialidad.



Adecuar la planificación MIR

Alineamiento con necesidades demográficas, sostenibilidad territorial y reposición generacional efectiva.

La convocatoria MIR 2026 confirma nuevamente la fortaleza estructural de la Medicina Familiar y Comunitaria como eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud. La cobertura completa de las 2.544 plazas demuestra la solidez del modelo formativo, la resiliencia territorial del sistema y el papel crítico de la especialidad para la sostenibilidad sanitaria de España.

01

La MFyC no puede analizarse como una especialidad convencional

Su dimensión, despliegue territorial y función sistémica requieren indicadores específicos y marcos de análisis propios. Las comparaciones simplificadas con otras especialidades generan sesgos metodológicos inaceptables.

03

La cobertura territorial es un activo estratégico del SNS

La Atención Primaria continúa siendo el principal mecanismo de cohesión sanitaria, con cobertura plena en zonas metropolitanas, rurales, periféricas e insulares.

02

El patrón temporal responde a la magnitud de la oferta

La aceleración final observada entre el 20 y el 27 de mayo es coherente con un modelo de cobertura masiva y no debe interpretarse como una señal negativa del proceso.

04

La planificación MIR es política sanitaria estructural

Las decisiones sobre formación especializada condicionan la capacidad futura del sistema, la accesibilidad sanitaria, la equidad territorial y la sostenibilidad asistencial del conjunto del SNS.

Mensajes clave del informe

El siguiente decálogo resume los mensajes fundamentales que este informe traslada a los responsables de la política sanitaria, gestores del SNS y profesionales de la Atención Primaria. Estos mensajes deben orientar tanto la comunicación institucional como las decisiones estratégicas en materia de formación, planificación y financiación de la Medicina Familiar y Comunitaria.

- La **Medicina Familiar y Comunitaria sostiene estructuralmente el SNS** y ha completado nuevamente el 100% de sus plazas MIR.
- El análisis debe centrarse en la **cobertura final y la planificación estratégica**, no en la velocidad inicial de adjudicación.
- La **Atención Primaria requiere estabilidad institucional y presupuestaria** para mantener su función vertebradora del sistema.
- El reto prioritario es **consolidar las condiciones docentes y profesionales** que atraigan y retengan vocaciones.
- La **dinámica temporal de MFyC no es comparable** con otras especialidades de menor escala y distribución.
- La **cobertura rural y periférica** es un indicador fundamental de cohesión territorial y equidad sanitaria.
- El proceso MIR refleja **planificación sanitaria estratégica** y no únicamente preferencias individuales de los aspirantes.

Análisis del Índice de Preferencia Competitiva (IPC)

Análisis técnico de Aina Mas Tena

El presente apartado tiene como objetivo analizar el grado de atracción que genera la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) entre los candidatos y candidatas MIR, mediante el Índice de Preferencia Competitiva (IPC). Este indicador fue diseñado con el propósito de valorar la elección de MFyC en comparación con otras especialidades, en condiciones de igualdad.

El IPC compara la igualdad de oportunidad para elegir entre MFyC y otra especialidad, considerando el porcentaje de elección de MFyC frente al de otras especialidades en el momento en que se ha completado su elección.

Mostrar la fórmula del IPC de forma destacada:

$$IPC = nB_plazas(A) / [nB_plazas(A) + nA_plazas(B)] \times 100$$

Donde:

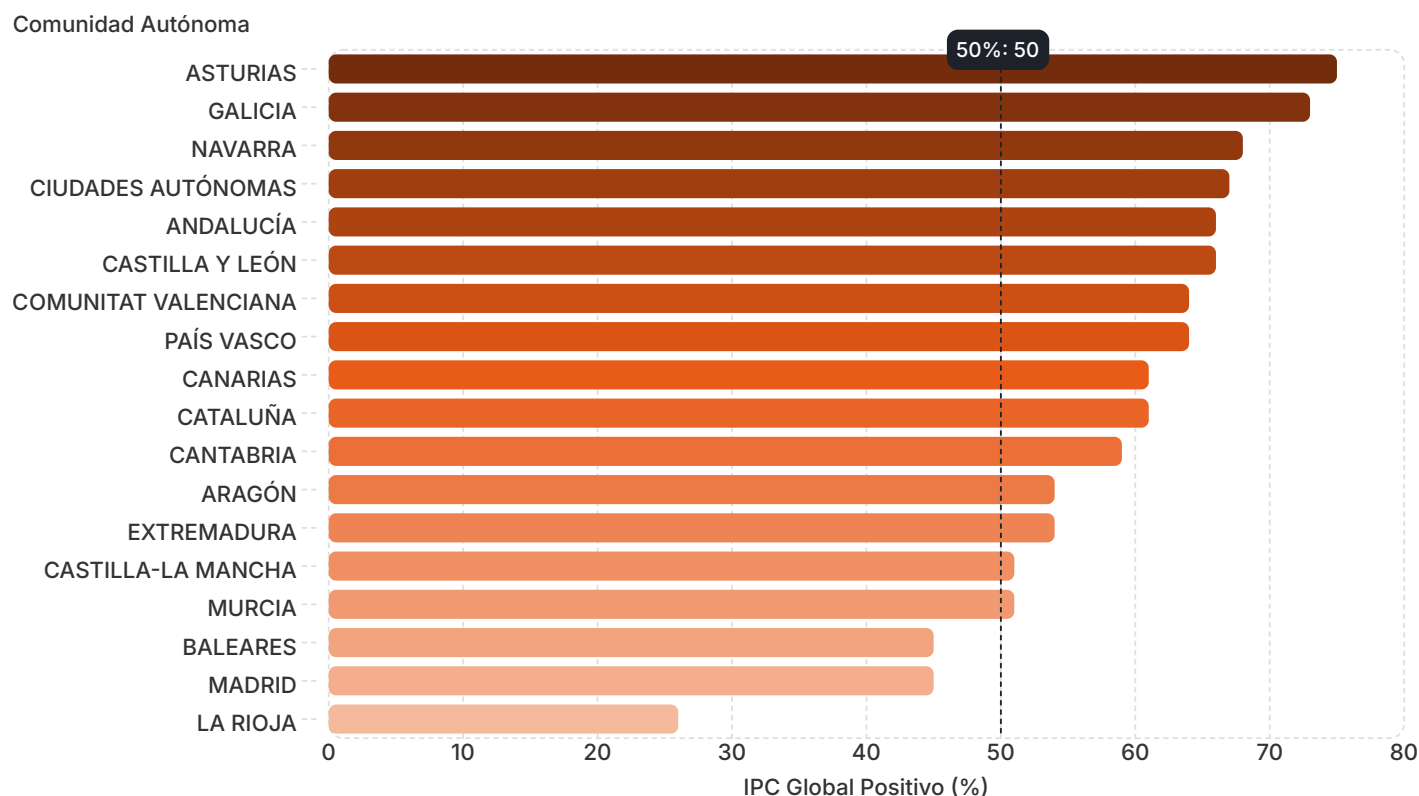
- **nB_plazas(A):** número de plazas de MFyC escogidas antes de que se agotaran las plazas de la especialidad B
- **nA_plazas(B):** número de plazas de la especialidad B escogidas antes de que se agotaran las plazas de MFyC

Para cada especialidad distinta de MFyC, se ha identificado el número de orden de la última persona que obtuvo plaza en la ciudad o comunidad autónoma de estudio, siendo esta la última que pudo elegir entre dicha especialidad y MFyC. Se ha seleccionado a todas las personas que tuvieron la oportunidad real de elegir entre estas dos especialidades, y sobre este conjunto se ha calculado el porcentaje que eligió MFyC, siendo este el valor del IPC entre ambas.

IPC Global Positivo por Comunidad Autónoma (MIR 2026)

El IPC positivo calcula contra cuántas especialidades MFyC obtiene un IPC $\geq 50\%$. Es decir, representa el número de especialidades en las que MFyC se elige en mayor proporción que el resto de especialidades ofertadas en la comunidad autónoma, teniendo en cuenta únicamente las plazas disponibles mientras ambas especialidades seguían teniendo vacantes.

Este indicador permite visualizar en qué comunidades autónomas MFyC se elige por delante de un mayor número de especialidades.



Nota interpretativa: La mayoría de comunidades autónomas superan el umbral del 50%, lo que indica que MFyC se elige por delante de más de la mitad de las especialidades disponibles en condiciones de igualdad de oportunidad.

IPC Positivo frente a especialidades generalistas: evolución 2025–2026

MFyC destaca con un IPC Global Positivo cuando se compara con otras especialidades generalistas, registrando mejoras en la comparativa interanual. El IPC positivo calcula contra cuántas especialidades generalistas MFyC obtiene un IPC $\geq 50\%$, agrupando las especialidades por tipología.

Comunidad Autónoma	2025 (%)	Ratio 2025	2026 (%)	Ratio 2026
ANDALUCÍA	75%	3/4	83%	5/6
ARAGÓN	83%	5/6	83%	5/6
ASTURIAS	100%	5/5	83%	5/6
BALEARES	83%	5/6	71%	5/7
CANARIAS	83%	5/6	86%	6/7
CANTABRIA	50%	2/4	80%	4/5
CATALUÑA	83%	5/6	86%	6/7
CIUDADES AUTÓNOMAS	100%	3/3	67%	2/3
CASTILLA-LA MANCHA	67%	4/6	71%	5/7
COMUNITAT VALENCIANA	83%	5/6	86%	6/7
CASTILLA Y LEÓN	67%	4/6	86%	6/7
EXTREMADURA	83%	5/6	71%	5/7
GALICIA	80%	4/5	83%	5/6
LA RIOJA	33%	1/3	75%	3/4
MADRID	60%	3/5	67%	4/6
MURCIA	50%	3/6	71%	5/7
NAVARRA	80%	4/5	100%	6/6
PAÍS VASCO	80%	4/5	83%	5/6

Nota: La columna de ratio indica el número de especialidades generalistas frente a las que MFyC obtiene IPC $\geq 50\%$ sobre el total de especialidades generalistas disponibles en esa comunidad autónoma.

IPC de MFyC frente a especialidades generalistas por ciudad (MIR 2026)

En el análisis por ciudades, MFyC destaca frente a la mayoría de especialidades generalistas. La excepción es Pediatría, cuyo modelo de convocatoria es de perfil puramente hospitalocéntrico, agrupada en hospitales de cabecera. Hay que tener en cuenta que, a pesar del elevado volumen de plazas de Pediatría, hay provincias en las que no hay plaza disponible.

Mostrar una tabla con los datos del IPC de MFyC respecto a cada especialidad generalista en las 5 ciudades analizadas. Usar colores para indicar si el IPC es $\geq 50\%$ (verde) o $< 50\%$ (rojo). Las celdas vacías indican que no había plazas disponibles de esa especialidad en esa ciudad.

Especialidad	BARCELONA	MADRID	SEVILLA	VALENCIA	ZARAGOZA
GERIATRÍA	84%	77%	—	—	84%
MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	89%	89%	89%	89%	86%
MEDICINA DEL TRABAJO	86%	84%	89%	89%	87%
MEDICINA INTERNA	60%	44%	12%	58%	58%
MEDICINA LEGAL Y FORENSE	85%	—	—	50%	—
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	84%	87%	94%	90%	94%
PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS	33%	16%	4%	21%	23%

Nota interpretativa: MFyC obtiene IPC muy elevado frente a Urgencias, Medicina del Trabajo y Medicina Preventiva en todas las ciudades. El IPC frente a Medicina Interna es más moderado, especialmente en Madrid y Sevilla. Frente a Pediatría, el IPC es sistemáticamente bajo, lo que refleja el perfil diferencial de esa especialidad y no una debilidad de MFyC.