

## **DIPUTACIÓN PROVINCIAL**

### **ASISTENCIA A MUNICIPIOS**

Núm. R. E. L. 0245000

Con fecha de 18 de septiembre de 2019 y número de registro XXX XXX XXX se recibió, firmada por el señor Alcalde del Ayuntamiento de XXX XXX XXX, una solicitud de informe sobre quién debe asumir la obligación de proceder a la renovación del sistema de aire acondicionado del consultorio médico y de abonar los gastos que la misma origine. Accediendo a lo solicitado se procede a emitir el presente

### **INFORME**

Con base, por resultar de la solicitud de informe y de la información de que se acompaña, en los siguientes

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**I.-** Con fecha de 21 de junio de 1991 se suscribió entre el Instituto Nacional de Salud y el Ayuntamiento de XXX XXX XXX un convenio en el que se acordaba, sintéticamente:

- La cesión por el Ayuntamiento de XXX XXX XXX al Instituto Nacional de Salud del local en la calle Caídos nº 1 de XXX XXX XXX, propiedad del Ayuntamiento.
- La obligación del Ayuntamiento de asumir los gastos de funcionamiento del consultorio exceptuando los relativos al personal sanitario.
- La obligación del Instituto Nacional de Salud de abonar al Ayuntamiento la cantidad de 3500 pesetas mensuales, en concepto de contraprestación económica.
- El Instituto Nacional de Salud, a través de la Dirección Provincial de Toledo recabará del Ayuntamiento de XXX XXX XXX los datos que precise sobre la estadística, población, funcionamiento general de consultorio y grado de conservación y mantenimiento.
- El convenio tendrá vigencia desde su fecha (21 de junio de 1991) hasta el 31 de diciembre del mismo año, prorrogándose por años naturales en tanto no sea denunciado por cualquiera de las partes, con una antelación mínima de tres meses a la expiración del plazo.

**II.-** El día 26 de septiembre de 2004 fue inaugurado un nuevo consultorio, costeadado con fondos propios del Ayuntamiento y dotado con un sistema de calefacción y aire acondicionado por aerotermia. Desde hace tiempo el sistema ha dejado de funcionar correctamente, acreditándose así mediante informe técnico, en el que se constata, además, el mal estado en que se halla el equipo, siendo inviable su reparación y necesaria su renovación.

**III.-** En julio de 2019 el Alcalde del Ayuntamiento se dirige al Director Gerente del Área de Atención Primaria de Toledo pidiéndole que se haga cargo del coste de la renovación, entendiéndose que por la normativa que considera aplicable –disposición transitoria primera de la Ley 27/2013 y Ley 8/2000, de 30 de noviembre de Ordenación Sanitaria de Castilla-La

## **DIPUTACIÓN PROVINCIAL**

### **ASISTENCIA A MUNICIPIOS**

Núm. R. E. L. 0245000

Mancha- y ante la falta de un acuerdo entre la administración autonómica y la local debe ser la administración autonómica la que asuma el coste de la renovación.

**IV.-** Con fecha de 23 de julio de 2019, el Director Gerente de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo responde al requerimiento anterior que el gasto de la renovación debe ser asumido por el Ayuntamiento, toda vez que la disposición transitoria primera de la ley 27/2013 fue declarada inconstitucional y nula por la Sentencia del Tribunal Constitucional 41/2016, de 3 de marzo, y porque existía, desde el 21 de julio de 1991, un convenio – expresado en el antecedente I del presente informe- por el que el Ayuntamiento se obligaba a asumir los costes de funcionamiento del local salvo en lo relativo a los gastos del personal sanitario.

A los que resultan de aplicación los presentes

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

**Primero.-**La cuestión fundamental es determinar si existe para el Ayuntamiento un deber, en sentido jurídico, de realizar el mantenimiento y conservación del consultorio médico en el que la administración sanitaria autonómica ejerce sus competencias sanitarias. Esta obligación puede venir impuesta por las normas jurídicas o, en su defecto, haber sido voluntariamente asumida por el Ayuntamiento mediante la suscripción de un convenio.

Comenzando por la primera de las cuestiones, relativa a la obligación impuesta por el ordenamiento jurídico, debe partirse de lo previsto en el artículo 25 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local -LBRL– conocido como cláusula general de competencia municipal. En él, tras establecer la posibilidad para el municipio de promover toda clase de actividades y servicios que contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad municipal, pasa a enumerar aquellas competencias que deberá ejercer en todo caso –competencias propias- entre las que no se encuentra la sanidad.

Debe tenerse en cuenta también lo previsto en el artículo 28 de la misma Ley; este, vacío de contenido por disposición del artículo 2 Once de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local y que antes de dicha reforma permitía a los Municipios el desarrollo de actividades complementarias de las competencias propias, en particular, entre otras materias, en materia de sanidad. Esta posibilidad hoy les ha sido vedada, impidiendo a los Municipios ejercer autónomamente competencias en materia de sanidad.

También ha de tenerse a la vista lo previsto en el artículo 27: en él se recoge la posibilidad de delegación de competencias –como título de atribución del ejercicio de éstas y de las consiguientes obligaciones- en los Municipios, lo que se supedita a la aceptación de la competencia y, salvo que fuera obligatoriamente impuesta por Ley, a la necesaria dotación o incremento de medios económicos para desempeñarlas

## DIPUTACIÓN PROVINCIAL

### ASISTENCIA A MUNICIPIOS

Núm. R. E. L. 0245000

Continuando con la normativa específica de régimen local, el artículo 71 del Real Decreto Legislativo 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de Régimen Local dispone:

*Sin perjuicio de los supuestos de financiación concurrentes previstos por Ley, las Corporaciones locales no costearán servicios del Estado o de las Comunidades Autónomas, salvo las fórmulas de colaboración voluntaria a la prestación de los mismos.*

Esto es, y en relación con el objeto del presente informe, los recursos de las entidades locales sólo se destinarán a costear los servicios sanitarios –consultorios locales- en tanto que servicios del Estado o de las Comunidades Autónomas, cuando lo prevea la Ley o cuando resulte se supuestos de cooperación voluntaria en la prestación de los mismos, lo que nos devuelve al planteamiento inicial: para afirmar la obligación del Ayuntamiento de XXX XXX XXX de asumir el mantenimiento y conservación del consultorio médico debe existir una Ley o convenio que así lo establezcan.

**Segundo.-** No habiendo normas de régimen local que impongan obligaciones a los municipios en esta materia, corresponde estudiar la normativa sectorial sanitaria. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad –en adelante, LGS- dispone en su artículo 41 que las Comunidades Autónomas –CA- ejercerán en materia sanitaria las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o delegue, para disponer en el 42 que las normas de las CA al organizar su servicio de salud deberán tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las demás administraciones territoriales. En el párrafo tercero se indican una serie de competencias que en todo caso corresponderán a los Ayuntamientos entre las que no se encuentra ninguna en relación con los centros sanitarios, su provisión o mantenimiento, limitándose las competencias municipales a funciones relativas a lo que podría llamarse control de la salubridad pública. Se ve cómo, de la lectura de estos artículos 41 y 42 se trasluce que el espíritu de la norma y la finalidad que persigue es transferir a las Administraciones Autonómicas, de un modo total, la competencia de sanidad. Esta afirmación se ve corroborada por lo expresado en la Exposición de Motivos de la LGS cuando indica que “[nuestra Sanidad] ... podrá mejorarse y hacer más rentable y eficaz si se impulsa con firmeza el establecimiento de un nuevo sistema unitario adaptado a las nuevas necesidades (...) Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado (...) La concentración de servicios y su integración en el nivel político y administrativo de las Comunidades Autónomas, que sustituyen a las Corporaciones Locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales, precisamente en aquellas que la experiencia ha probado que el nivel municipal, en general, no es el más adecuado para su gestión, esto no significa, sin embargo, la correlativa aceptación de una fuerte centralización de servicios en ese nivel”.

Es de especial relevancia en esta cuestión lo previsto en el artículo 50 de la LGS:

*1. En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado,*

## **DIPUTACIÓN PROVINCIAL**

### **ASISTENCIA A MUNICIPIOS**

Núm. R. E. L. 0245000

*como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.*

*2. No obstante el carácter integrado del Servicio, cada Administración Territorial podrá mantener la titularidad de los centros y establecimientos dependientes de la misma, a la entrada en vigor de la presente Ley, aunque, en todo caso, con adscripción funcional al Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma.*

De él resulta que los centros, servicios y establecimientos municipales integrarán el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, pasando a considerarse estos centros, servicios y establecimientos como partes integradas en ese Servicio de Salud bajo la responsabilidad de la Administración Autonómica. Además, sin perjuicio del carácter integrado del Servicio, cada Municipio podrá mantener la titularidad de los centros y establecimientos dependientes del mismo aunque, y esto es de especial relevancia, *en todo caso, con adscripción funcional al Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma.*

El consultorio municipal de XXX XXX XXX, en tanto que bien destinado a la prestación de un servicio

público, por aplicación de los artículos 132 de la Constitución, 79.3 del LBRL y 5 de la Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas es un bien de carácter demanial. Además es un centro integrado en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha lo que implica que por aplicación de lo previsto en el artículo 50.2 de la LGS está, sin perjuicio de que el Ayuntamiento conserve su titularidad, adscrito a dicho Servicio de Salud. A ello debe añadirse lo previsto en el artículo 129.1 de la Ley 33/2003 según el cual “*La conservación de los bienes y derechos de dominio público compete al ministerio u organismo público al que se encuentren afectados o adscritos, o al que corresponda su administración*”. De todo ello resulta que, a falta de disposición especial, el deber de conservación corresponderá al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Además, el apartado 2 de la disposición transitoria primera establece que desde la adscripción funcional referida en el artículo 50.2 “*las Comunidades Autónomas financiarán con sus propios presupuestos el coste efectivo de los establecimientos y servicios que queden adscritos a sus Servicios de Salud*”.

Continuando con el análisis de la disposición transitoria primera de la LGS esta prevé en el apartado cuarto el mantenimiento de la financiación que se viniera realizando por las Corporaciones locales “*hasta tanto entre en vigor el régimen definitivo de financiación de las Comunidades Autónomas*” hito ya superado, por lo que ha decaído cualquier obligación que por este título tuvieran las entidades locales; además prevé en los apartados primero y tercero la remisión a acuerdos mutuos entre las entidades locales, cuestión que se analizará más adelante.

**Tercero.-** Pasando al estudio de la normativa autonómica, la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha en su artículo 66 establece las funciones que corresponden a las Corporaciones Locales “en el marco del Plan de Salud de Castilla-La Mancha y de las directrices y Programas de la Administración Sanitaria Regional” atribuyendo a las entidades locales, en el apartado 1 C) la función “*Colaborar en la construcción, remodelación y equipamiento de centros y servicios sanitarios, así como en su conservación y*

## DIPUTACIÓN PROVINCIAL

### ASISTENCIA A MUNICIPIOS

Núm. R. E. L. 0245000

*mantenimiento, en los términos que se acuerde en cada caso*”. Una vez más, las normas competenciales se remiten en este punto a un convenio que pueda existir.

En el artículo 43 de la Ley 8/2000, sobre el régimen de financiación del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, tras enunciar los recursos fundamentales, se dispone que serán fuente adicional –“*asimismo*”, reza el párrafo 2- “*las aportaciones que deban realizar las Corporaciones Locales con cargo a su presupuesto*”. Ese “deban” alude a las obligaciones de financiación establecidas en cada caso concreto por una Ley o un convenio, por lo que el precepto no introduce novedad en este punto.

A la remisión a acuerdos para la financiación del servicio salud por parte de los Municipios se refiere también el artículo 68 de la Ley 8/2000, cuando en su apartado 3 dispone que el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha “podrá gestionar” entre otros “*c) Los centros dependientes en la actualidad de las Corporaciones Locales en virtud de los acuerdos que se establezcan*”. Nuevamente, no se impone expresamente obligación alguna, haciendo la norma, meramente, una remisión a un convenio.

Por último, en relación con esta asunto, la disposición adicional de la Ley 8/2000 en su apartado a) establece “*que los establecimientos sanitarios de que disponen las Corporaciones Locales de Castilla-La Mancha quedan integrados en el Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha*”. Por tanto, el consultorio de XXX XXX XXX quedó integrado en el sistema autonómico de lo que se derivan las consecuencias previstas en el artículo 129 de la LPAP en cuanto a la obligación de conservación.

**Cuarto.-** Es también de interés lo previsto en el Decreto 34/1986, de 22 de abril de Ordenación funcional de los Servicios de Atención Primaria. Al tratar la cuestión de la financiación, en su artículo 8 prevé que la Consejería de Sanidad incluya anualmente en su presupuesto las previsiones económicas destinadas a financiar la atención primaria, añadiendo que esta financiación “*complementará la que aporten otras Administraciones públicas competentes en materia de Salud*”. Se prevé, por tanto, la posible concurrencia de financiación de otras Administraciones, pero no se concreta de cuáles ni por qué título debe aportarse dicha financiación.

**Quinto.-** Se menciona oportunamente en la contestación que el Director Gerente de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo la Sentencia del Tribunal Constitucional 41/2016, de 3 de marzo, por la que se anulan, entre otros preceptos y en lo que aquí interesa, la disposición adicional undécima –relativa a la compensación por deudas por servicios y actividades transferidas- y la disposición transitoria primera relativa a la asunción por las CA de las competencias relativas a salud. Dicha declaración de inconstitucionalidad se funda en que, si bien es cierto que por el legislador estatal se suprimió como competencia propia la participación en la gestión primaria de la salud (con el alcance que en cada caso se concretara), la atribución en exclusiva a las CA de las competencias en materia de salud supone el recurso a una técnica extraestatutaria de atribución de competencias sin sujeción a los condicionantes establecidos para el recurso a esos mecanismos extraestatutarios. La disposición adicional anulada impedía pues que las entidades locales ejercieran competencias en materia de asistencia sanitaria tanto cuando fueran asumidas por la vía del artículo 7.4 de la LBRL como

## **DIPUTACIÓN PROVINCIAL**

### **ASISTENCIA A MUNICIPIOS**

Núm. R. E. L. 0245000

cuando les fueran atribuidas por una Ley autonómica. Y siendo la sanidad un título de competencia autonómica será cada comunidad autónoma la que determine si en su ámbito territorial corresponde a las entidades locales el ejercicio de la misma a través del recurso a técnicas como la delegación u otras; dice el Tribunal en el Fundamento Jurídico decimotercero de la sentencia:

*El Estado solo podrá atribuir competencias locales específicas, o prohibir que éstas se desarrollen en el nivel local, cuando tenga la competencia en la materia o sector de que se trate. En materias de competencia autonómica, solo las Comunidades Autónomas pueden atribuir competencias locales o prohibir que el nivel local las desarrolle; sujetándose en todo caso a las exigencias derivadas de la Constitución (singularmente, arts. 103.1, 135, 137, 140 y 141 CE), las bases del régimen local ex art. 149.1.18 CE y, en su caso, los Estatutos de Autonomía. Ciertamente, las bases pueden llegar a prefigurar específicamente el poder local en materias de competencia autonómica, pero, de acuerdo con lo razonado en el fundamento jurídico 9 de esta Sentencia, solo para garantizar un núcleo homogéneo de derechos prestacionales del vecino; o para atribuir directamente competencias locales, si ello no supone un obstáculo a las competencias que corresponden a las Comunidades Autónomas ( STC 214/1989 , FJ 12).*

*Las disposiciones transitorias 1ª y 2ª LRSAL han superado claramente estos márgenes. No se limitan a dibujar un marco de límites dentro del cual la Comunidad Autónoma puede ejercer sus competencias estatutarias, para distribuir poder local o habilitar directamente determinadas competencias municipales sin obstaculizar el ejercicio de las atribuciones autonómicas. Al contrario, impiden que las Comunidades Autónomas puedan optar, en materias de su competencia, por descentralizar determinados servicios en los entes locales, obligando a que los asuma la Administración autonómica dentro de plazos cerrados y con determinadas condiciones.*

Es decir, la disposición transitoria primera –y la segunda, por los mismos motivos- no se anula porque constitucionalmente la sanidad sea un título vedado a las administraciones locales, sino porque al ser un título autonómico de competencias no puede el legislador estatal imponer a las CA el modo de ejercerla ni de gestionarla, pues ello supondría una lesión de la autonomía que tienen constitucionalmente reconocida.

Dicha declaración de inconstitucionalidad –y consiguiente nulidad- alcanza también a la disposición adicional primera de la Ley 27/2013 *en la medida que sus previsiones están estrechamente ligadas a aquellas dos transitorias* –primera y segunda- según dice el Tribunal haciendo decaer así un fundamento de la petición deducida por el Alcalde de XXX XXX XXX a la administración autonómica para que asumiera el coste de mantenimiento del inmueble.

Ahora bien el reverso de esta doctrina del Tribunal Constitucional es que, si bien es cierto que la sanidad es una competencia autonómica y que las CA pueden desconcentrar su ejercicio en las entidades locales, no lo es menos que esa desconcentración debe hacerse dentro de los límites de la legislación de régimen local estatal:



## DIPUTACIÓN PROVINCIAL

### ASISTENCIA A MUNICIPIOS

Núm. R. E. L. 0245000

*Ciertamente, la LRSAL halla amparo en el art. 149.1.18 CE cuando impone exigencias a la atribución de competencias propias (art. 25 LBRL) y al ejercicio de las distintas de las propias y atribuidas por delegación (art. 7.4 LBRL) para asegurar que el Estado, las Comunidades Autónomas y las propias entidades locales desarrollen un sistema competencial ajustado a los principios de eficacia (art. 103.1 CE), eficiencia (art. 31.2 CE) y estabilidad presupuestaria (art. 135 CE) sin perder de vista la garantía constitucional de la autonomía local (arts. 137, 140 y 141 CE). Las bases están regulando la atribución de competencias locales, pero no atribuyéndolas directamente por sí, ni impidiendo que las Comunidades Autónomas opten por centralizar o descentralizar en el marco de sus Estatutos.*

Respecto a la atribución normativa de competencias por Ley, debe tenerse en cuenta, además, la doctrina sentada por el Tribunal Constitucional al conocer de la cuestión de inconstitucionalidad formulada contra una ley catalana que imponía a las diputaciones provinciales el deber de financiar los servicios públicos sanitarios, respecto de los que no ostentaban competencia alguna, con cargo a sus presupuestos. El Tribunal anula uno de los artículos diciendo, fundamento jurídico undécimo:

*Sentado lo anterior, debemos concluir que el art. 12 de la Ley 5/1987 del Parlamento de Cataluña, al establecer que las Diputaciones catalanas deberán financiar servicios públicos respecto de los que tales corporaciones locales carecen de competencia alguna –como es el caso de la materia sanitaria y la de servicios y asistencia social, cuyas competencias han sido asumidas por la Administración de la Generalidad en virtud, respectivamente, de la disposición adicional primera, apartado 1, de la Ley 15/1990, de 9 de julio, y del artículo único de la Ley 26/1991, de 13 de diciembre–, desconoce la exigencia constitucional de que el gasto de los entes locales se destine en todo caso a financiar el desempeño de sus funciones o competencias, vulnerando de este modo la autonomía local en su vertiente financiera, garantizada en el art. 142 CE.*

En el caso presente, se ha venido viendo que no existe título normativo alguno que atribuya competencias en materia de sanidad a las Corporaciones Locales de Castilla-La Mancha, por lo que no pude exigírseles que en modo alguno procedan a la financiación de la asistencia sanitaria si no es atribuyéndoles títulos competenciales en la materia conforme a la Ley, como se ha visto.

**Sexto.-** Uno de los modos de atribuirles esos títulos competenciales es el común acuerdo mediante convenio.

En el caso planteado existe un convenio cuyas circunstancias relevantes a efectos del presente informe se consignan en el antecedente I del mismo y que establecen obligaciones en materia de asistencia sanitaria –aquí sí– para el Ayuntamiento.

Son partes del convenio el Ayuntamiento de XXX XXX XXX en tanto que signatario del mismo y el Instituto Nacional de Salud, en cuya posición se subroga el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha por virtud del Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud en cuyo artículo 2 se dispone el traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de “las funciones y servicios, así como los bienes,

*derechos y obligaciones, el personal y los créditos presupuestarios adscritos a los mismos que resultan del propio Acuerdo y de las relaciones anexas.”*

En cuanto al contenido obligacional del convenio, la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha –a través de su Servicio de Salud, en la que se integran los servicios sanitarios, como se explicó más arriba- se obliga a asumir todos los gastos derivados del personal sanitario, mientras que el Ayuntamiento se obliga a ceder –hay que entender que a adscribir, poner a disposición, pues no hay transferencia de dominio- a la Comunidad, asumiendo todo el resto de gastos de funcionamiento.

Ahora bien, antes de afirmar rotundamente la subsistencia de dicha obligación de asumir los gastos de funcionamiento, debe examinarse la vigencia del convenio. En la cláusula 1 “objeto del contrato” se dispone que el edificio objeto del convenio es el consultorio. Sin embargo, ese edificio no se destina a consultorio desde el año 2004 en que fue construido – a cargo del Ayuntamiento- otro que funcionó como tal desde –se entiende- el 26 de septiembre, fecha de su inauguración, según resulta de la documentación aportada por el solicitante del informe.

Puede plantearse si el cambio de localización del consultorio, trasladándolo del edificio convencionalmente indicado, por dejar de ser apto, a un edificio que fue construido con fondos propios del Ayuntamiento, extingue la obligación de poner el edificio a disposición del ayuntamiento por aplicación de lo previsto en el artículo 1156 del Código Civil: “*Las obligaciones se extinguen: (...) Por la pérdida de la cosa debida.*”. No obstante, en este caso, puesto que la sustitución de un edificio por otro fue consentida por ambas partes y, en lo demás, según parece, se siguieron cumpliendo las obligaciones conforme a lo estipulado, parece que el supuesto encuentra mejor encaje en lo previsto en el artículo 1203 del Código Civil, según el cual “*Las obligaciones pueden modificarse: 1º Variando su objeto o condiciones principales (...)*”, no produciéndose por tanto una extinción de la obligación sino una novación de la misma.

Más problemas en cuanto al mantenimiento de la vigencia del convenio plantea el régimen introducido por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público –en adelante, LRJSP- en sus artículos 47 y siguientes. Esta regulación establece una serie de condiciones -48-, un contenido mínimo -49- entre el que se incluye la previsión de un plazo máximo de vigencia, de cuatro años, prorrogable unánimemente por otros cuatro, unos trámites preceptivos para la suscripción -50- como una memoria justificativa de su necesidad, oportunidad e impacto económico, informe del servicio jurídico entre otros extremos.

El convenio aportado prevé un plazo de vigencia de seis meses y nueve días, a los que se añade una prórroga tácita e indefinida salvo denuncia de una de las partes con tres meses de antelación a expirar cualquiera de dichas prórrogas -31 de diciembre de cada año-.

Este régimen de prórrogas es contrario lo previsto en el artículo 49.h) de la LRJSP, según el cual:



## DIPUTACIÓN PROVINCIAL

### ASISTENCIA A MUNICIPIOS

Núm. R. E. L. 0245000

*Plazo de vigencia del convenio teniendo en cuenta las siguientes reglas:*

*1.º Los convenios deberán tener una duración determinada, que no podrá ser superior a cuatro años, salvo que normativamente se prevea un plazo superior.*

*2.º En cualquier momento antes de la finalización del plazo previsto en el apartado anterior, los firmantes del convenio podrán acordar unánimemente su prórroga por un periodo de hasta cuatro años adicionales o su extinción.*

Es decir, que el plazo de duración del convenio no puede superar los cuatro años incluidas prórrogas, salvo acuerdo expreso de todas las partes por el que se podrá prorrogar por un plazo igual. Ello implica que el convenio estudiado supera ese plazo de duración máxima.

No obstante, cabe plantearse si la LRJSP es aplicable a este convenio, toda vez que el mismo es fruto de actuaciones administrativas iniciadas y realizadas con anterioridad a la entrada en vigor de dicha Ley. Dicha cuestión viene resuelta por la disposición adicional octava en cuyo apartado 1 se dispone:

*Todos los convenios vigentes suscritos por cualquier Administración Pública o cualquiera de sus organismos o entidades vinculados o dependientes deberán adaptarse a lo aquí previsto en el plazo de tres años a contar desde la entrada en vigor de esta Ley.*

*No obstante, esta adaptación será automática, en lo que se refiere al plazo de vigencia del convenio, por aplicación directa de las reglas previstas en el artículo 49.h).1.º para los convenios que no tuvieran determinado un plazo de vigencia o, existiendo, tuvieran establecida una prórroga tácita por tiempo indefinido en el momento de la entrada en vigor de esta Ley. En estos casos el plazo de vigencia del convenio será de cuatro años a contar desde la entrada en vigor de la presente Ley.*

Es decir que los extremos de los convenios que no se ajusten al régimen de la LRJS deberán adaptarse a ella en el periodo de tres años desde la entrada en vigor esto es, antes del 2 de octubre de 2019. No es objeto de este informe el estudiar si debe procederse a realizar alguna adaptación del mismo.

Sin embargo, en cuanto al plazo, la adaptación es automática –convenios que “tuvieran establecida una prórroga tácita por tiempo indefinido en el momento de la entrada en vigor de esta Ley”- implicando la aplicación de la Ley que la cláusula de vigencia quedará anulada pasando el convenio a tener un plazo de vigencia de cuatro años desde la entrada en vigor de la Ley, esto es hasta el 2 de octubre de 2020.

**Séptimo.-** Por tanto, debe entenderse que el convenio obliga a las a partes, según su contenido. Expresa el mismo que el Ayuntamiento se obliga al pago de los gastos derivados del funcionamiento del consultorio, e introduce, a título enunciativo, una serie de gastos corrientes cuales son personal, limpieza o teléfono. Junto a esa enumeración pueden entenderse incluidos otros gastos no mencionados en el elenco, pero que en todo caso habrán de ser de la misma naturaleza como, por ejemplo, luz eléctrica, desinsectaciones periódicas o reparaciones.

## **DIPUTACIÓN PROVINCIAL**

### **ASISTENCIA A MUNICIPIOS**

Núm. R. E. L. 0245000

La renovación del equipo de calefacción/aire acondicionado por inadecuación del existente es un concepto que va más allá del mero gasto de funcionamiento, entrando en el deber de mantenimiento y conservación que correspondería a la administración que tenga adscrita el inmueble (artículo 129 de la LPAP).

Por si hubiera dudas, para interpretar el convenio, a falta de disposición expresa debe acudirse a lo previsto en el Código Civil, por ser norma supletoria de último grado, conforme a lo previsto en el artículo 4.3. Pues bien en sede de interpretación de los contratos, el artículo 1283 dispone:

*Cualquiera que sea la generalidad de los términos de un contrato, no deberán entenderse comprendidos en él cosas distintas y casos diferentes de aquellos sobre que los interesados se propusieron contratar.*

Y no hay nada en el texto del convenio que lleve a pensar que Ayuntamiento e Instituto Nacional de Salud se propusieron contratar sobre otras cosas ni otros casos que la cesión del inmueble y los gastos de funcionamiento (correspondiendo los del personal sanitario al Instituto y el resto de gastos de funcionamiento, y no otros, al Ayuntamiento).

Además, puesto que en el convenio se establece una prestación correlativa a favor del Ayuntamiento –“El Insalud abonará al Ayuntamiento de XXX XXX XXX la cantidad mensual de 3550 pesetas (unas 7210 pesetas en términos constantes), como contraprestación económica”- el convenio tiene naturaleza onerosa, debiendo resolverse la duda interpretativa a favor de la menor transmisión de derechos e intereses, como establece el artículo 1289 del Código Civil.

**Octavo.-** El sentido general de este informe, que los Ayuntamientos no tienen competencia legalmente atribuida ni obligación normativamente establecida de asumir los costes derivados de los consultorios de salud de la Comunidad Autónoma ya fue sostenido en un informe de este Servicio de Asistencia a Municipio de 6 de junio de 2013, si bien aquel estaba fundado en el régimen legal entonces vigente que, como se ve, ha variado sustancialmente. Además, en aquel caso no existía, según parece, un convenio suscrito entre el Ayuntamiento y la administración autonómica y únicamente había una práctica reiterada en el tiempo de abonar gastos derivados del consultorio.

Por tanto, con base en el relato fáctico expresado y los fundamentos jurídicos expuestos procede la formulación de la siguiente

### **CONCLUSIÓN**

Habiéndose obligado el Ayuntamiento por vía convencional a la asunción de los gastos derivados del funcionamiento del consultorio, no está obligado a asumir la renovación del equipo de aire acondicionado del mismo toda vez que dicho gasto obedece al deber de mantenimiento del inmueble que corresponde, por Ley, a la Administración que lo tiene adscrito.



## **DIPUTACIÓN PROVINCIAL**

### **ASISTENCIA A MUNICIPIOS**

Núm. R. E. L. 0245000

Es cuanto procede informar, parecer jurídico que queda sometido a cualquier otro mejor fundado en Derecho y que no supe el contenido de cualesquiera otros informes emitidos con carácter preceptivo o facultativo para la válida adopción de acuerdos.

Toledo a 30 de septiembre de 2019