



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

EXP. N.º 05658-2006-PA/TC
LIMA
ENRIQUE ROSALES PAREDES

SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

En Lima, a los 20 días del mes de diciembre de 2007, la Sala Segunda del Tribunal Constitucional, integrada por los magistrados Mesía Ramírez, Vergara Gotelli y Álvarez Miranda, pronuncia la siguiente sentencia

ASUNTO

Recurso de agravio constitucional interpuesto por don Enrique Rosales Paredes contra la resolución de la Segunda Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima, de fojas 123, su fecha 27 de enero de 2006, que declara improcedente la demanda de amparo de autos.

ANTECEDENTES

El recurrente interpone demanda de amparo contra el Seguro Social de Salud (EsSalud), con el objeto que se deje sin efecto la Resolución 092-SGAyA-GSA-GCSEG-GDA-ESSALUD-2004, de fecha 15 de julio de 2004, que declara la pérdida de su seguro facultativo independiente a partir de abril del año 2004 y ordena la recuperación de las posibles prestaciones económicas asistenciales que se le hubieran otorgado; y que, por consiguiente, se le restituya la condición de asegurado facultativo independiente y se le continúen brindando las prestaciones para la recuperación de la salud.

Sostiene que tiene la calidad de asegurado facultativo desde el año 1980 y que ha realizado el pago de aportes correspondientes, incluso de forma adelantada. Señala que en el mes de junio de 2004 se le comunica, sin que se efectúe una notificación previa, que no podía ser atendido por atraso en el pago de sus aportes; que, ante dicha situación presentó un recurso de reconsideración, que dio origen a la resolución administrativa que declara la caducidad del seguro facultativo, aduciendo que realizó pagos parciales en aplicación del artículo 8 del Decreto Supremo 08-80-TR, lo que vulnera el derecho a la protección de la salud, y por ende el derecho a la vida, y al debido proceso.

La emplazada contesta la demanda solicitando que se la declare infundada, expresando que el régimen al cual se encontraba afiliado el actor tiene naturaleza patrimonial y el contrato genera obligaciones recíprocas, sin que sea aplicable la regulación de los asegurados regulares en el que sí existe el criterio de solidaridad. Añade que las condiciones generales del seguro facultativo se mantuvieron en vigencia a pesar de la derogatoria prevista por la Segunda Disposición Complementaria de Ley 26790; que no se puede desconocer que el pago de los aportes se realiza conforme a la remuneración mínima vital y que la causal de caducidad por no haber efectuado los



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

pagos de los aportes completos se encontraba prevista en el Decreto Supremo 08-80-TR.

El Vigésimo Tercer Juzgado Especializado en lo Civil de Lima, con fecha 2 de febrero de 2005, declara fundada la demanda, por considerar que el debido proceso no se limita a las formalidades de un proceso judicial sino que se extiende al proceso administrativo, por tal motivo, con anterioridad a la expedición de la resolución administrativa cuestionada, se había materializado la decisión de la Administración de negar el acceso al tratamiento, situación que debió ser notificada al demandante.

La recurrida, revocando la apelada, declara improcedente la demanda por estimar que la controversia radica en dilucidar si el actor se encontraba al día en el pago de sus aportes, para lo cual se hace necesario transitar por una estación probatoria de la cual carece el proceso de amparo.

FUNDAMENTOS

§ Evaluación y delimitación del petitorio

1. Este Tribunal ha sostenido¹ que “la conservación del estado de salud en cuanto contenido del derecho constitucional a la salud comprende a su vez el derecho de acceso y goce de las prestaciones de salud. En consecuencia, una denegación arbitraria o ilegal del acceso a la prestación, una restricción arbitraria, una perturbación en el goce o, finalmente, una exclusión o separación arbitraria o ilegal constituyen lesiones del derecho constitucional a la salud.”
2. En el presente caso, se le deniega al demandante el acceso a las prestaciones de salud derivadas de la calidad de asegurado facultativo independiente. Por tal motivo, teniéndose en cuenta –además de lo anotado *supra*– que la finalidad del amparo es brindar tutela urgente para evitar un perjuicio irreparable y en la medida que la exclusión del régimen conlleva a la falta de prestaciones que pueden comprometer el estado de salud del actor, corresponde analizar el fondo de la controversia.

§ Derecho a la seguridad social y prestaciones de salud

3. En la STC 09600-2005-PA se ha precisado que en igual medida que la seguridad social se convierte, en tanto garantía institucional, en el soporte sobre el cual se erige el derecho fundamental a la pensión, las prestaciones de salud, sean éstas preventivas, reparadoras o recuperadoras, también encuentran sustento en aquélla. En este caso, la salud o más precisamente su alteración, se convierte en la contingencia a ser protegida a través de la seguridad social, buscando con ello el mantenimiento de la calidad de vida.

¹ STC 01323-2005-PA, fundamento 3.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

4. El Tribunal Constitucional ha señalado que el artículo 10 de la Constitución Política reconoce a “la seguridad social como un derecho humano fundamental, que supone el derecho que le “asiste a la persona para que la sociedad provea instituciones y mecanismos a través de los cuales pueda obtener recursos de vida y soluciones para ciertos problemas preestablecidos”, de modo tal que pueda obtener una existencia en armonía con la dignidad, teniendo presente que la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del estado.”²

§ Derecho a la salud y seguridad social

5. Por otro lado, en la STC 01711-2004-PA se ha indicado que el acceso a las prestaciones de salud previsto en el artículo 11 de la Constitución constituye una manifestación -no única por cierto- de la garantía institucional de la seguridad social. Estas prestaciones, que corresponden a un sistema contributivo, se concretizan a través del derecho a la salud, pues es la variación del estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, la que se busca resguardar. Por ello en el Estado recae el deber de “(...) garantizar una progresiva y cada vez más consolidada calidad de vida, invirtiendo en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo para tal efecto adoptar políticas, planes y programas en ese sentido. Los servicios de salud por consiguiente, cobran vital importancia en una sociedad, pues de su existencia y funcionamiento depende no solo el logro de mejores niveles de vida para las personas que la integran, sino que incluso en la eficiencia de su prestación se encuentran en juego la vida y la integridad de los pacientes.”³
6. Este Tribunal, recogiendo lo anotado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales denominada “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, ha precisado que los elementos esenciales del derecho a la salud son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.⁴ Y bajo dicha premisa ha advertido la relación que tienen dichos componentes con las prestaciones en salud que brinda la seguridad social. Por tal motivo, concluye en que de existir compatibilidad, similitud o relación entre los componentes básicos del derecho a la salud y las disposiciones legales que regulan el sistema de seguridad social en cualquiera de los elementos que lo conforman, el derecho a la salud asumirá su característica de “condición habilitante para el ejercicio de otros derechos.”⁵, como es el caso del derecho a la seguridad social.

² STC 0008-1996-AA, fundamento 10.

³ STC 01956-2004-AA, fundamento 7.

⁴ STC 01711-2004-AA, fundamento 2.

⁵ STC 01711-2004-AA, fundamento 2.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

§ **Las prestaciones de salud y el principio de universalidad de la seguridad social**

7. En la STC 00141-2005-PA se hizo una breve reseña de la evolución de la seguridad social en el Perú. Se sostuvo, partiendo de lo previsto en el Decreto Ley 18846, que es notoria la transición de un modelo de responsabilidad empresarial hacia un modelo de seguro social, en el que la previsión social se convierte en un fin del Estado al brindar de manera obligatoria medidas reparadoras a trabajadores que desarrollan actividades de riesgo. Este progreso – se indicó – “se orienta a la protección de toda la población, cualquiera sea su concreta situación laboral. Se trata de un sistema universal y uniformizado de prestaciones sociales, financiado por las contribuciones y unificado a través de un servicio público único que se encuentra bajo la autoridad estatal. La universalidad, principio de la seguridad social moderna, busca la inclusión de otros sectores de la colectividad en su marco protector. Por ello, es que el proceso evolutivo del instituto ha llevado a que se brinden medidas protectoras no solo a los trabajadores dependientes sino a sus familiares, a los trabajadores y profesionales independientes.”⁶
8. La inclusión del profesional independiente en el sistema de la seguridad social en salud, sin embargo, no se estableció con la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud⁷, en tanto que el Decreto Ley 22482, Régimen de Prestaciones de Salud de Seguro Social del Perú⁸, fue el mecanismo por el cual se extendió los beneficios derivados de la seguridad social a quienes ejercían actividad económica independiente mediante un trabajo no subordinado y también a los familiares de los asegurados. Con dicho tratamiento se inicia la ampliación de las medidas protectoras propias de la seguridad social a otros estamentos distintos a los trabajadores dependientes, lo que constituye una demostración de la vigencia del principio de universalidad en el Perú.

§ **La naturaleza jurídica del asegurado facultativo independiente**

9. La extensión de la seguridad social al asegurado facultativo independiente, así como a otros beneficiarios distintos al trabajador dependiente (p.e. trabajadores del hogar) determinó que la relación típica de la seguridad social que gira en torno al empleador, el trabajador y la entidad gestora, adquiera particularidades al relacionar exclusivamente a quien realiza actividad económica independiente con la entidad administrativa encargada de la gestión. En dicha situación el beneficiario se convierte en el responsable de efectuar los aportes y la entidad en percibirlos y administrarlos, salvo que haya delegado dichas facultades en un

⁶ Artículos 3 de la Ley 26790, de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y 24 del Decreto Supremo 009-97-SA y artículo 14 de la Ley 27050.

⁷ Publicada el 17 de mayo de 1997.

⁸ Publicado el 28 de marzo de 1979.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

tercero. En este marco la ausencia del empleador obliga a que la actividad administrativa del ente responsable adquiera mayor importancia en la relación jurídica que se genera, debiendo cumplir con informar oportunamente a sus asegurados de la condición en que se encuentra su seguro, sobretodo cuando advierta situaciones que pueden generar un menoscabo en el derecho de los beneficiarios.

10. Otra nota típica del régimen especial del facultativo independiente estuvo dada por la forma en que se produce la inscripción o afiliación al régimen asegurador. En el seguro privado la relación jurídica surge en virtud de un contrato mientras que en la seguridad social el nacimiento del vínculo se produce por una norma legal. En este supuesto se impone la obligación legal de constituir una relación jurídica de naturaleza especial. Así, de nada serviría la voluntad del beneficiario si la propia ley no hubiese contemplado la posibilidad de su afiliación como facultativo independiente. Debe tenerse en cuenta que el principio de solidaridad es un elemento que forma parte del contenido de la seguridad social⁹, y que en la ampliación de la base subjetiva en un sistema contributivo (universalidad) subyace siempre la solidaridad. Por ello, no cabe buscar – como lo hace EsSalud– la naturaleza de la relación jurídica a partir de la calidad que tienen los de la seguridad social, pues tal como se ha precisado, a pesar de las características de los beneficiarios, la relación de seguridad social nace por mandato legal.

§ **El tránsito de los asegurados de regímenes especiales del Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud**

11. Mediante la Segunda Disposición Complementaria de Ley de Modernización Social en Salud¹⁰ se derogó el Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú, sin embargo, la Segunda Disposición Transitoria de su reglamento, aprobado por Decreto Supremo 009-97-SA, estableció que

Los asegurados de regímenes especiales, registrados bajo las modalidades de Continuación Facultativa, Facultativos Independientes, Amas de Casa, Chofer Profesional Independiente y Trabajadores del Hogar, a la fecha de publicación de este reglamento, continuarán gozando del íntegro de sus prestaciones a cargo del IPSS por un plazo de 5 años, vencido el cual acordarán nuevos contratos de afiliación con el IPSS, sin perjuicio de su derecho de afiliarse como regulares o de trasladarse a una EPS. Los que se afilien con posterioridad al inicio de la

⁹ STC 0050-2004-PA, 0051-2004-PI, 0004-2005-PI, 0007-2005-PI y 0009-2005-PI (acumulados), fundamento 55.

¹⁰ Antes fue derogado por la Segunda Disposición Complementaria del Decreto Legislativo 887 que fue derogado a su vez por la Disposición Final de la Ley 26790.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

vigencia de este reglamento, se asegurarán bajo la modalidad de asegurados potestativos en el IPSS o en una EPS.

Posteriormente, mediante el artículo 3 del Decreto Supremo 001-98-SA se modificó la citada disposición, agregando los siguientes párrafos

(...)

Dentro de este plazo, por razones de equidad, el IPSS podrá disponer el reajuste de los aportes que corresponda efectuar a los asegurados facultativos mencionados en el párrafo anterior, teniendo en consideración el nivel de su patrimonio o ingresos efectivamente percibidos.

Se exceptúa del plazo antes indicado a los asegurados facultativos que perciben rentas de cuarta categoría por el ejercicio de profesionales liberales quienes, dentro del término de seis meses contados a partir de la fecha de vigencia del presente Decreto Supremo, deberán transformarse en asegurados potestativos.

12. Este régimen transitorio creado para los beneficiarios de los regímenes especiales, incluido el facultativo independiente, dispuso el goce del integro de las prestaciones por un periodo de cinco años luego del cual acordarían nuevos contratos; atribuyéndose la facultad, por motivos de equidad, de reajustar los aportes en función al nivel patrimonial o los ingresos realmente percibidos. Dicho periodo inicial fue ampliado en sucesivas ocasiones “a fin de cautelar el ejercicio del derecho a la seguridad social de las personas incluidas en dichos regímenes”¹¹ concluyendo el 31 de diciembre de 2004.
13. La protección brindada a este grupo de beneficiarios se tradujo en la continuidad del otorgamiento de las prestaciones del Régimen de Prestaciones de Salud de Seguro Social del Perú. En dicho contexto, debe entenderse que se generó la aplicación ultractiva de las normas que permitían el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud, no solamente en el ámbito de las prestaciones sino en todo lo concerniente a la efectividad del propio sistema. En efecto, la articulación de la relación de seguridad social supone, además, el pago de las aportaciones, los supuestos de alta, de baja y el cumplimiento de otros requisitos previstos legalmente.
14. El planteamiento anotado, guarda coherencia con lo indicado por EsSalud¹² en el sentido que las normas que regulaban el pago y la cobranza de aportes y la caducidad de la afiliación deberían aplicarse ultractivamente pues de otro modo no hubiese podido operar el régimen de transición para el facultativo independiente, mas no las relativas a la inscripción en tanto los regímenes

¹¹ Decretos Supremos 010-2002-SA, 008-2003-TR y 014-2003-TR.

¹² Punto 2.3 de la contestación de la demanda (fs. 50).



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

especiales se cerraron. Bajo tal premisa, cuando se afirma que la pérdida de la calidad de asegurado facultativo independiente se generó en virtud de la caducidad de los aportes, conforme a lo previsto en el artículo 8, inciso a del Decreto Supremo 08-80-TR¹³ no se está haciendo otra cosa que establecer la posibilidad de aplicar el conjunto de normas que regularon la relación jurídica de seguridad social.

§ **La regularización del pago de aportes en el régimen transitorio y la recuperación de la condición de asegurado facultativo independiente**

15. En los casi siete años que los asegurados facultativos independientes pudieron acceder a las prestaciones de salud se produjo una situación de alcance general que incidió en la pérdida de la calidad de asegurado. Habiéndose establecido para el asegurado facultativo independiente que el aporte se efectuaría en función a la remuneración mínima vital,¹⁴ la variación de ésta por efecto del reajuste generó el pago de aportes por montos menores a los que correspondían. Ante tal situación, se dictó la Resolución de Presidencia Ejecutiva 114-PE-ESSALUD-2001,¹⁵ que estableció la posibilidad que los asegurados que hubiesen perdido tal condición por haber aportado por debajo de la remuneración mínima vital regularicen el pago de sus aportes con la aplicación de recargos, hasta el último día hábil de julio de 2001. Posteriormente, mediante Resolución de Gerencia General 165-GG-ESSALUD-2001¹⁶ se dictaron disposiciones complementarias a la regularización de aportes, estableciéndose, entre otras situaciones, que aquellos que dejaron de abonar el íntegro de la aportación no se encontraban comprendidos en los alcances del beneficio.
16. Desde la creación de este régimen transitorio se produjeron tres reajustes de la remuneración mínima vital. Así, mediante el Decreto de Urgencia 074-97 se reajustó a S/. 345,00 desde el 1 de setiembre de 1997, luego por Decreto de Urgencia 102-2000 se incrementó a S/. 410,00 desde el 10 de marzo de 2000 y por Decreto de Urgencia 022-2003 se reajustó a S/. 460,00 desde el 15 de setiembre de 2003. Como puede observarse de lo indicado *supra*, la regularización solo comprendió a los desfases generados por los reajustes de los años 1997 y 2000 en tanto el plazo para efectuarla venció el último día hábil de julio de 2001.
17. Este Colegiado considera, en virtud a lo expuesto en los fundamentos 13 y 14, que las resoluciones administrativas emitidas por EsSalud que posibilitaron la regularización de aportes debieron permitir que ésta se realice dentro de los alcances del artículo 8 del Decreto Supremo 08-80-TR, es decir que al caducar el seguro por dejar de pagar aportaciones por un periodo de seis meses se podía

¹³ Reglamento del Decreto Ley 22482.

¹⁴ Artículos 7 del Decreto Ley 22482 y 46 del Decreto Supremo 018-78-TR. .

¹⁵ Publicada el 5 de abril de 2001.

¹⁶ Publicada 15 de junio de 2001.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

recuperar la condición de asegurado abonando dieciocho meses de aportes y moras, debiendo cumplir además con el periodo de calificación para tener derecho a las prestaciones. Debe tenerse en consideración, que si la finalidad de las sucesivas prorrogas del plazo que mantuvo vigente las prestaciones para los asegurados de los regímenes especiales, fue establecer una protección exclusiva a este grupo de beneficiarios es un contrasentido que la regularización del pago de aportes por efecto del reajuste se haya previsto para algunos supuestos particulares y no conforme lo preveía la legislación pertinente; y sobretodo, no se haya extendido hasta la finalización del plazo de transición.

18. Este Tribunal, ha tenido la oportunidad de pronunciarse en un caso de privación de la condición de asegurado facultativo independiente derivado del incremento de la remuneración mínima vital en el cual el asegurado reintegró los montos adeudados, estableciendo que “lo cierto es que nunca dejó de pagar los mencionados aportes y que incluso procedió a efectuar los reintegros correspondientes desde junio de 2002, por lo que la medida de retirarle la condición de asegurada facultativa independiente y de esta manera privarle de atención médica, resulta totalmente desproporcionada.”¹⁷ En dicha ocasión se consideró que el reintegro de dinero para completar el monto del aporte no ameritaba el retiro de la condición de asegurada.

§ Análisis del caso concreto

19. El demandante adquirió la calidad de asegurado facultativo independiente en el año 1980 (fs. 3) y la mantuvo hasta el año 2000, en que por efecto del incremento de la remuneración mínima vital producida ese año incurrió en causal de caducidad. En tal sentido, fluye de autos (fs. 19) que al acogerse a la regularización dispuesta por la Resolución de Presidencia Ejecutiva 114-PE-ESSALUD-2001 y la Resolución de Gerencia General 165-GG-ESSALUD-2001, el actor readquiere su calidad de asegurado.
20. Por otro lado, está acreditado que el demandante fue privado nuevamente de la condición de asegurado al producirse la variación de la remuneración mínima vital en el año 2003, y el consecuente pago de aportes en monto menor al establecido como producto del reajuste del referente. Cabe anotar que el actor toma conocimiento de tal circunstancia de manera verbal, a través del médico del programa de Prestaciones de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud, que es brindado a la persona con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, dado que – tal como lo afirma el actor– su domicilio es el hogar geriátrico Madre Cateriana Hermanas Josefina de la Caridad. Tal situación, se corrobora de la fecha de la resolución impugnada que fue expedida casi un mes después de presentado el recurso de reconsideración (fs. 4) contra la denegatoria verbal de atención médica.

¹⁷ STC 01323-2005-PA, fundamento 8.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

21. La Resolución 092-SGAyA-GSA-GCSEG-GDA-ESSALUD-2004 (fs. 18) declaró la caducidad del seguro del actor interpretando erróneamente el artículo 8, inciso a, del Decreto Supremo 08-80-TR, en el sentido que se produce la caducidad si el asegurado no efectúa el pago de los aportes “hasta el vencimiento de la séptima aportación” (sic). Tal afirmación no es correcta, puesto que lo dispuesto por el texto legal citado contempló la posibilidad de recuperar la condición de asegurado abonando hasta dieciocho aportaciones más las moras, es decir cancelando los seis meses no pagados más el adelanto de un año de aportes y los recargos.
22. Si bien lo que ocurrió en este caso fue la realización de un pago menor debido a la variación de la remuneración mínima vital, la tesis esbozada por EsSalud para declarar la caducidad contravino lo dispuesto en el Decreto Supremo 08-80-TR, dado que dicha disposición permitía la regularización de los aportes no pagados. Además, tal accionar configura un tratamiento desproporcionado para el asegurado sometido a un régimen transitorio, tal como ya lo ha sostenido este Tribunal, puesto que está acreditado (fs. 7 a 17) que éste cumplió con efectuar los aportes oportunamente y hasta de manera adelantada, lo que evidencia que actuó con la debida diligencia, sobretodo teniéndose en cuenta las particulares condiciones en que se encuentra por tener actualmente 98 años de edad y ver su salud resquebrajada por el natural paso del tiempo.
23. En consecuencia, habiéndose configurado una exclusión arbitraria del régimen de seguridad social que correspondía al demandante y con ello a las prestaciones de salud propias del sistema, este Colegiado considera que se ha producido la afectación del derecho a la seguridad social y del derecho a la salud.
24. A mayor abundamiento, se advierte que la baja del actor como asegurado del régimen facultativo independiente no se produjo mediante la notificación de una resolución administrativa, sino que ésta le fue informada verbalmente; es recién cuando el actor interpone un recurso de reconsideración que EsSalud emite la resolución de baja fundamentando su decisión en la falta de pago de los aportes. Esta situación – conforme a lo expuesto en el fundamento 9 – no se condice con la especial actividad administrativa que se exige de la entidad gestora frente a este particular grupo de asegurados que, encontrándose afiliados al sistema de forma independiente, requieren estar informados de las decisiones más importantes de la Administración. Este Colegiado considera que, en este caso, solo mediante la notificación de la resolución administrativa el actor podía tomar conocimiento exacto de la motivación que tuvo la Administración para declarar la caducidad de su afiliación, y de este modo ejercer su derecho de defensa; y si bien Essalud emitió la resolución administrativa de baja, ésta fue extemporánea, lo que vulneró el derecho al debido procedimiento administrativo del recurrente, dado que se le privó de defender adecuada y oportunamente su derecho a la seguridad social.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

§ Efectos de la sentencia

25. El petitorio consiste en que se le reponga al actor la condición de asegurado facultativo independiente y que se le continúen brindando las prestaciones para la recuperación de la salud. Sin embargo, como se ha precisado, a partir del 31 de diciembre de 2004 el indicado régimen especial ha desaparecido y se ha creado la modalidad del afiliado potestativo con distintos planes de salud a los que pueden afiliarse los ex asegurados facultativos independientes como el demandante.
26. Por tal motivo, a fin de restituir las cosas al estado anterior a la vulneración de los derechos fundamentales, se deberá respetar la afiliación del demandante sin periodo de carencia alguno en el plan que más se asemeje a la cobertura otorgada al facultativo independiente, estableciendo la posibilidad, en caso de mantener algún adeudo en el sistema contributivo de la seguridad social derivado de aportes, que pueda efectuar pagos fraccionados. Asimismo, se deberá dejar sin efecto cualquier orden de pago de devolución de prestaciones económicas originada en la atención brindada al actor como consecuencia de la baja de la afiliación.

Por estos fundamentos, el Tribunal Constitucional con la autoridad que le confiere la Constitución Política del Perú

HA RESUELTO

1. Declarar **FUNDADA** la demanda; en consecuencia **NULA** la Resolución 092-SGAYA-GSA-GCSEG-GDA-ESSALUD-2004.
2. Ordenar que la entidad demandada cumpla con reincorporar al demandante al régimen contributivo de la seguridad social en salud, conforme a los fundamentos 25 y 26 y que pague los costos procesales.

Publíquese y notifíquese.

SS.

MESÍA RAMÍREZ
VERGARA GOTELLI
ÁLVAREZ MIRANDA

Lo que certifico:

Dr. Daniel Figallo Rivadeneyra
SECRETARIO RELATOR (e.)