



Universidad de Valladolid



**IOBA**

**Instituto Universitario de  
Oftalmobiología Aplicada**

**Máster Universitario en Rehabilitación Visual**

---

**Creación / Implantación de una Unidad de Baja  
Visión y Rehabilitación Visual en la ciudad de  
Medellín - Antioquia, Colombia**

**Trabajo Fin de Máster**

**Presentado por: Carolina García Sánchez**

**Tutelado por: Rubén Cuadrado Asensio**

# INDICE

- INDICE ..... I
- ABREVIATURAS ..... III
- RESUMEN ..... IV
- 1. INTRODUCCION..... 1
- 2. OBJETIVOS ..... 3
  - 2.1. PRINCIPAL ..... 3
  - 1.2. SECUNDARIOS ..... 3
- 3. ESTRUCTURA IDEOLOGICA..... 4
  - 3.1. DESCRIPCION DEL SERVICIO..... 4
  - 3.2. MISION ..... 4
  - 3.3. VISION..... 5
  - 3.4. VALORES CORPORATIVOS ..... 5
  - 3.5. VENTAJAS COMPETITIVAS..... 5
- 4. REQUISITOS LEGALES ..... 6
  - 4.1. CONSTITUCION LEGAL COMO EMPRESA ..... 6
  - 4.2. MARCO LEGAL COMO IPS..... 7
    - 4.2.1. Ley 100 de 1993..... 8
    - 4.2.2. Decreto N° 1011 de 2006..... 9
    - 4.2.3. Resolución 2003 de 2014..... 11
- 5. ESTRUCTURA DEL ENTORNO..... 12
  - 5.1. ANALISIS DAFO ..... 12
  - 5.2. ANALISIS DE MERCADO ..... 13
    - 5.2.1. Descripción del mercado..... 13
    - 5.2.2. Tendencias del mercado ..... 15
    - 5.2.3. Clientes potenciales ..... 16

5.2.4.	Competencia .....	16
6.	ESTRUCTURA MECANICA (PLAN DE MARKETING) .....	17
6.1.	OBJETIVOS .....	17
6.2.	ESTRATEGIA COMERCIAL .....	17
6.3.	HERRAMIENTAS DE MARKETING .....	18
7.	ESTRUCTURA FINANCIERA .....	20
7.1.	RECURSOS .....	20
7.1.1.	Infraestructura .....	20
7.1.2.	Equipos .....	20
7.1.3.	Ayudas ópticas y no ópticas para pacientes .....	21
7.1.4.	Recursos humanos .....	22
7.2.	PLAN FINANCIERO .....	22
7.2.1.	Gastos .....	22
7.2.2.	Ingresos .....	22
	CONCLUSIONES .....	24
	BIBLIOGRAFIA .....	25

## ABREVIATURAS

AV	>>	Agudeza Visual
CCB	>>	Cámara de Comercio de Bogotá
CCM	>>	Cámara de Comercio de Medellín
CIE – 10	>>	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF	>>	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CIIU	>>	Clasificación Industrial Internacional Uniforme
DANE	>>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DIAN	>>	Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia
DV	>>	Discapacidad visual
EAPB	>>	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
IPS	>>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MINSALUD	>>	Ministerio de Salud y Protección Social
NIT	>>	Número de Identificación Tributaria
OMS	>>	Organización Mundial de la Salud
POT	>>	Plan de Ordenamiento Territorial
RUES	>>	Registro Unico Empresarial y Social
RUT	>>	Registro Unico Tributario
SAS	>>	Sociedad por Acciones Simplificadas
SUPERSALUD	>>	Superintendencia Nacional de Salud

## RESUMEN

Este trabajo de Fin de Máster expone los pasos para la Creación / Implantación de una Unidad de Baja Visión y Rehabilitación Visual en la ciudad de Medellín - Antioquia, Colombia, describiendo los objetivos, estructura ideológica, requisitos legales, estructura del entorno, plan de marketing y estructura financiera, con el fin de constituir una institución que permita brindar atención integral a los pacientes y lograr dar alcance a la población afectada por patologías que producen Baja Visión, ceguera legal y/o ceguera total sin distinción de género, edad, raza, religión, capacidad económica, con calidez y calidad.

## 1. INTRODUCCION

Coco, Cuadrado, de Lázaro y Herrera (2015) indicaron que:

*A pesar de que no existe una definición de Baja Visión aceptada universalmente, en 1992 y posteriormente en el 2011, la Organización Mundial de la Salud define que existe baja visión en aquellas personas con agudeza visual corregida inferior a 6/18 (lo que es igual a 0.3 o a 20/60) en el mejor ojo, incluso después de tratamiento, refracción común o ambas cosas, pero en las que existe aún un resto visual potencialmente utilizable para la planeación y ejecución de tareas. También admitieron que existe baja visión en aquellas personas con un campo visual inferior a 10° desde el punto de fijación.*

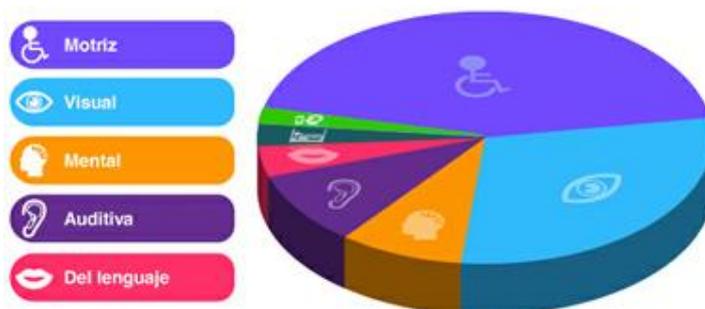
*Por otro lado, en el año 2009, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) se suprime el término Baja Visión por el de Discapacidad visual (DV) y se subdivide en 4 niveles:*

- *DV leve o ausencia de discapacidad: AV menor o igual a 0.3 ( $\leq 20/60$ )*
- *DV moderada: AV peor que 0.3 y mejor que 0.1 ( $< 20/60$  y  $\geq 20/200$ )*
- *DV severa o grave: AV igual o peor a 0.1 y mejor o igual a 0.05 ( $< 20/200$  y  $\geq 20/400$ )*
- *Ceguera: AV peor que 0.05 ( $< 20/400$ )*

Por su parte la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) permite clasificar la discapacidad teniendo en cuenta la deficiencia corporal, las limitaciones en las actividades y las restricciones en cuanto a la participación social.

En Colombia “hay 1.14 millones de personas con discapacidad visual que representan el 43% de discapacitados del país. De ese grupo, aproximadamente 19.000 son menores de 5 años de edad y 83.212 son niños entre 5 y 11 años”. (DANE, 2016).

Tabla 1: Distribución de pacientes con discapacidad en Colombia.



Estas cifras ponen en evidencia que un alto porcentaje de nuestra población necesita acceder a servicios de salud visual que les permitan beneficiarse de un adecuado manejo de su patología, tanto de manera preventiva como integral durante el tratamiento de la misma, teniendo en cuenta su proceso evolutivo y finalmente de manera incluyente, al evidenciar sus secuelas.

Por desgracia, en Colombia el gobierno no presta gran atención a esta población y no están incluidos completamente en el sistema de salud, además existen pocas instituciones que les brinden la atención necesaria para un adecuado manejo, tanto pública como privada. Por tanto, la posibilidad de crear una Unidad de Rehabilitación Visual abre las puertas para todas aquellas personas con discapacidad visual proporcionando herramientas para adquirir el mayor grado de autonomía personal.

Por estas razones es importante contar con una Unidad que facilite los medios para que los pacientes puedan llevar un proceso completo desde su diagnóstico hasta la rehabilitación.

En este trabajo se busca realizar el planteamiento de todas las características necesarias para crear un lugar adecuado para el manejo integral de este tipo de pacientes.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. PRINCIPAL**

El objetivo principal de este trabajo de Fin de Máster es el desarrollo de un plan para la creación de una Unidad de Baja Visión y Rehabilitación Visual en la ciudad de Medellín - Antioquia, Colombia.

### **1.2. SECUNDARIOS**

1. Realizar un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) acerca de la implantación de una Unidad de Baja Visión y Rehabilitación Visual en la ciudad de Medellín - Antioquia, Colombia.
2. Describir los requisitos legales de este tipo de instalaciones o centros en Colombia.
3. Describir los requerimientos en instrumentos, ayudas, recursos humanos y materiales.
4. Realizar un análisis o previsión de coste inicial y periódico.

### **3. ESTRUCTURA IDEOLOGICA**

#### **3.1. DESCRIPCION DEL SERVICIO**

La Unidad realizará la atención integral de los pacientes con discapacidad visual, ya sean nacionales o extranjeros, sin distinción de género, raza, religión, edad, capacidad económica, grado de discapacidad, etc, que acudan a nuestra institución de manera particular o mediante alguna entidad pública o privada, prestándoles los siguientes servicios:

- Consulta de Baja Visión (Optometría)
- Consulta de Oftalmología y supraespecialidades (en la medida de lo posible)
- Prescripción de ayudas ópticas, no ópticas y electrónicas
- Entrenamiento para el uso de ayudas ópticas, no ópticas y electrónicas
- Entrenamiento en técnicas para la readaptación al medio en el cual se desenvuelve incluyendo a la familia, cuidadores y entorno social primario
- Orientación y movilidad
- Estimulación visual

La definición del plan de trabajo y los objetivos a cumplir serán determinados por un equipo multidisciplinar, quienes evaluarán las necesidades particulares de cada paciente y generarán un programa completamente individualizado. Este plan se llevará a cabo en las instalaciones de la Unidad, pero de ser necesario, también se tendrá la disponibilidad para hacer el desplazamiento hasta el hogar, lugar de trabajo o de estudio de los pacientes.

#### **3.2. MISION**

Empresa colombiana dedicada a la prestación de servicios de diagnóstico, manejo, tratamiento y Rehabilitación de las patologías oculares que producen discapacidad visual (Baja visión, ceguera legal o ceguera total), con calidad y calidez, además contando con tecnología y recursos humanos en constante actualización, con el fin de ayudar a nuestros usuarios a llevar una vida más independiente, más activa y sobre todo buscando su inclusión y reintegración social.

### 3.3. VISION

Ser para el 2030 una Institución de baja visión y rehabilitación visual líder en el país y referente a nivel nacional e internacional para pacientes con patologías que producen discapacidad visual, además una empresa económicamente sólida y auto-sostenible.

### 3.4. VALORES CORPORATIVOS

- Calidad: Prestar servicios y entregar productos con los más altos estándares de calidad certificados.
- Calidez: Proporcionar un trato amable, cordial y con empatía, teniendo en cuenta el valor de cada paciente como un ser humano con fortalezas, debilidades pero sobre todo con necesidades, deseos y esperanzas.
- Responsabilidad: Proporcionar una atención con ética entendiendo que nuestros usuarios han puesto su salud en nuestras manos, por tanto debemos responder de la mejor manera posible a sus requerimientos.
- Respeto: Reconocer, entender y valorar a todas las personas, tanto clientes internos como externos.
- Integridad: Proporcionar una atención basada en la sinceridad, honradez y lealtad.

### 3.5. VENTAJAS COMPETITIVAS

- Innovación
- Liderazgo
- Altos estándares de calidad
- Atención presencial y domiciliaria (en los casos que el paciente lo requiera)
- Accesibilidad
- Oportunidad
- Atención integral en un solo lugar

## 4. REQUISITOS LEGALES

### 4.1. CONSTITUCION LEGAL COMO EMPRESA

Al revisar la literatura y las leyes colombianas para crear una empresa, se decide que la mejor opción es crear la Unidad de Baja Visión y Rehabilitación Visual como persona jurídica en la forma de Sociedad por Acciones Simplificadas (SAS), este tipo de empresa *“está reglamentada según la Ley 1258 de 2008. Dicha sociedad podrá constituirse por una o varias personas naturales o jurídicas, quienes solo serán responsables hasta el monto de sus respectivos aportes. Salvo lo previsto en el artículo 42 de la presente ley, el o los accionistas no serán responsables por las obligaciones laborales, tributarias o de cualquier otra naturaleza en que incurra la sociedad.”* (CCB, s.f.).

Los pasos a tener en cuenta partiendo de la planeación de la inscripción de la Unidad ante la Cámara de Comercio son los siguientes (CCM, 2018):

1. Verificar si el nombre no está siendo utilizado por una persona jurídica o por otro establecimiento ya matriculado.
2. Verificar el código de la actividad económica según el CIIU (Clasificación Industrial Internacional Uniforme), el cual agrupa todas las actividades económicas por categorías con el fin de facilitar el análisis estadístico y económico empresarial.
3. Confirmar que esté permitido desarrollar la actividad económica en el lugar o sector en el cual decida establecer la sede, según el POT (Plan de Ordenamiento Territorial).
4. Elaborar el documento de constitución.
5. Diligenciar el formulario Pre – RUT para trámite en Cámara el cual asigna un número que identifica, ubica y clasifica a las personas y entidades sujetas a obligaciones tributarias. Este formulario se encuentra en la página web de la DIAN (Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales): [www.dian.gov.co](http://www.dian.gov.co), allí dar click en la opción “Otros servicios”, luego seleccionar RUT – Cámara de Comercio, luego la opción Cámara de Comercio y diligenciar la información correspondiente. Imprimirlo pues éste debe ser presentado de manera personal en las taquillas de la Cámara por el representante legal de la Unidad.
6. Diligenciar el formulario RUES el cual se adquiere en cualquiera de las sedes de Cámara y Comercio.

7. Tener en cuenta que la inscripción de la Unidad ante Cámara y Comercio tiene un costo, el cual se puede calcular mediante el simulador que se encuentra en: <http://herramientas.camaramedellin.com.co/Inicio/Formalizacionempresarial/BibliotecaCreaciondeempresas/Simuladordeformalizaci%C3%B3n.aspx>, o se pueden consultar las tarifas vigentes en el siguiente link: <https://www.camaramedellin.com.co/Portals/0/servicios-registrales/registro-mercantil/documentos/Tarifas%20Camara%202020.pdf?ver=2019-12-23-112741-983>. La liquidación y pago de los derechos de inscripción e impuesto de registro se realiza al momento de la presentación de los documentos en las taquillas de la Cámara.
8. Dirigirse personalmente con la documentación requerida a cualquier sede de la Cámara.
9. Después de realizar el proceso de inscripción ante Cámara y Comercio se debe acudir ante la DIAN con el fin de obtener en NIT del representante legal y la firma electrónica.

El documento de constitución debe incluir la siguiente información:

1. Nombre, documento de identificación y municipio correspondiente al domicilio de cada uno de los accionistas.
2. Razón social: Nombre de la sociedad seguida por las palabras: “Sociedad por Acciones Simplificada”, o de las siglas: S.A.S.
3. Domicilio: Lugar escogido para el desarrollo de las actividades.
4. Duración o tiempo de vigencia de la sociedad.
5. Actividades a desarrollar.
6. Capital autorizado, suscrito y pagado.
7. Distribución del capital suscrito.
8. Regulación, facultades y limitaciones del representante legal.
9. Nombramiento del representante legal.
10. Firma del documento de constitución por todos los socios o sus apoderados.
11. Finalmente realizar la autenticación del documento de constitución.

## 4.2. MARCO LEGAL COMO IPS

Según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) y la Superintendencia Nacional de Salud, los servicios de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Colombia están regidas, en general, por los siguientes documentos: (Minsalud, s.f.)

### 4.2.1. Ley 100 de 1993

*“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.”*  
(Supersalud, 1993):

*El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia fue instituido mediante esta Ley, la cual reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.*

En el **Capítulo II - Artículo 185** se enuncia que:

*Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.*

*Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.*

**PARÁGRAFO.** *Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.*

## 4.2.2. Decreto N° 1011 de 2006

*“Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.” (Minsalud, 2006)*

*Las disposiciones de este decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.*

En el **Título III – Artículo 6** se define el Sistema Único de Habilitación, el cual es

*Un conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.*

En este mismo **Título** se define el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la cual es

*Una base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de la Protección Social. De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.*

También define la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud:

*Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.*

*La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del formulario de inscripción. La revisión*

*detallada de los soportes entregados será posterior al registro especial de prestadores de servicios de salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 del presente decreto.*

*A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados.*

**PARÁGRAFO 2.** *El Prestador de Servicios de Salud deberá declarar en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los servicios que se prestan en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 577 de la Ley 09 de 1979, 49 de la Ley 10 de 1990 y 5 del Decreto 1259 de 1994 y las normas que las modifiquen o sustituyan.*

*La inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente. Los prestadores de servicios de salud una vez se cumpla la vigencia de su habilitación podrán renovarla, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Protección Social.*

En el **Artículo 12** se explica la Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la Habilitación:

*De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos. El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares. Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.*

### 4.2.3. Resolución 2003 de 2014

*“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.” (Minsalud, 2014)*

*Tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.*

También establece el requisito de inscripción y habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, como lo indica el Decreto 1011 de 2006 (mencionado y descrito en el numeral anterior) y la realización de la autoevaluación como condición previa a la inscripción.

## 5. ESTRUCTURA DEL ENTORNO

### 5.1. ANALISIS DAFO

Tabla 2: *Análisis DAFO*

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundadora con inexperiencia en el sector empresarial.</li> <li>• Desconocimiento en el área de marketing.</li> <li>• La mayoría de los servicios prestados aún no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud por lo cual el acceso será de forma particular, o si es pública generalmente se deberán realizar largos trámites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de instituciones o entidades que prestan servicios de Oftalmología o ciencias afines tienen convenios establecidos de larga data con la competencia.</li> <li>• La competencia tiene gran experiencia en el campo de la rehabilitación visual.</li> <li>• La competencia está posicionada en este tipo de mercado, los pacientes y las instituciones saben de su buen nombre y de la buena calidad de los servicios que prestan.</li> <li>• Recursos económicos limitados.</li> </ul>
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubicación céntrica y con diferentes vías y medios de acceso (carro particular, taxis, buses, metro).</li> <li>• Ausencia de otros centros similares en los sectores cercanos y en la ciudad en general.</li> <li>• Amplio portafolio de servicios que se prestarán.</li> <li>• Diferentes formas de acceso a los servicios: Pues podrá ser por convenio con otras entidades o de manera particular.</li> <li>• Amplios horarios de atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe un volumen considerado de pacientes que necesitan acceder a este tipo de recursos o servicios.</li> <li>• Interés común en aumento, por la salud y la rehabilitación visual como parte de un proceso inclusivo.</li> <li>• Crecimiento empresarial.</li> <li>• Creación de empleo en diferentes áreas de la Unidad.</li> </ul>

## 5.2. ANALISIS DE MERCADO

### 5.2.1. Descripción del mercado

Las definiciones de Baja visión, ceguera legal y ceguera total permiten deducir que los pacientes de cualquier edad, género, raza, etc, con diferentes grados de discapacidad visual tendrán dificultades para realizar actividades cotidianas como leer, cocinar, tomar un bus, conducir, ver TV, desplazarse, etc, lo cual afecta de manera significativa su calidad de vida, para todas estas actividades la rehabilitación visual es fundamental con el fin de lograr la inclusión personal, laboral, familiar y social.

En el mes de Octubre de 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el primer informe mundial sobre la visión (OMS, 2019) en el cual se indica que:

- *Al menos 2200 millones de personas tienen deficiencia visual o ceguera, de estos casos, más de 1000 millones podrían haberse evitado o aún no han sido tratados.*
- *El envejecimiento de la población, los cambios en los estilos de vida y el acceso limitado a la atención oftalmológica, en particular en los países de ingresos bajos y medios, son algunos de los principales factores que impulsan el aumento del número de personas con deficiencia visual.*
- *La carga de enfermedades oftalmológicas y deficiencias visuales no afecta a todas las personas por igual: A menudo afecta mucho más a las personas que viven en zonas rurales, a aquellas con bajos ingresos, a las mujeres, a las personas mayores, a las personas con discapacidad, a las minorías étnicas y a las poblaciones indígenas.*
- *La combinación de una población creciente y cada vez más envejecida aumentará significativamente el número total de personas con enfermedades oculares y deficiencia visual, ya que la prevalencia aumenta con la edad.*
- *Se estima que la necesidad insatisfecha de atención de la miopía en las regiones de ingresos bajos y medios es cuatro veces mayor que en las regiones de ingresos altos.*
- *Se necesitan US\$14.300 millones para atender las necesidades de atención insatisfechas de los 1.000 millones de personas que viven con deficiencia visual o ceguera debido a la miopía, la hipermetropía y las cataratas.*
- *Las personas que necesitan atención oftalmológica deben poder recibir intervenciones de calidad sin sufrir dificultades financieras. Incluir la atención oftalmológica en los planes*

*nacionales de salud y en los conjuntos esenciales de servicios es una parte importante del camino de cada país hacia la cobertura sanitaria universal.*

Revisando las cifras en Colombia, la literatura indica que “hay 1.14 millones de personas con discapacidad visual los cuales representan el 43% de discapacitados del país”. (DANE, 2016)

En Antioquia el total de discapacitados visuales asciende a 139.071, distribuidos por grupos de edad así: (DANE, 2005)

Tabla 3: *Discapacidad visual en Antioquia por rango de edad*

ANTIOQUIA	
Edad	N° de discapacitados visuales
0 – 9 años	6.276
10 – 19 años	13.692
20 – 29 años	9.752
30 – 39 años	11.812
40 – 49 años	22.220
50 – 59 años	24.468
60 – 69 años	20.407
70 a 79 años	18.714
90 años o más	11.730
<b>Total</b>	<b>139.071</b>

En cuanto a los servicios de rehabilitación, el Dr. Alarcos Cieza, quien dirige la actividad de la OMS en el ámbito de la ceguera y la deficiencia visual, dice que: *“Millones de personas tienen graves deficiencias visuales y no pueden participar plenamente en la sociedad porque no pueden acceder a servicios de rehabilitación. En un mundo construido sobre la base de la capacidad de ver, los servicios de atención oftalmológica, incluida la rehabilitación, deben proporcionarse más cerca de las comunidades para que las personas alcancen su máximo potencial.”* (OMS, 2019)

En el informe de la OMS se indica que

*Todas las personas con ceguera o deficiencia visual grave que no pueden ser tratadas pueden llevar no obstante una vida independiente si tienen acceso a servicios de rehabilitación. Algunas de las opciones disponibles son las lupas ópticas, la lectura en Braille, los buscadores de los teléfonos inteligentes y el entrenamiento de orientación y movilidad con bastones. La finalidad de estos servicios de rehabilitación visual es brindar a los pacientes alternativas como ayudas ópticas y no ópticas con el fin de aprovechar su residual visual, realizando desde*

*la adaptación, enseñanza y entrenamiento en el uso de las mismas hasta la dotación de técnicas y estrategias que le permitan realizar una vida con independencia.*

Es así como se hace necesaria la existencia de centros que cuenten con los servicios, los profesionales, la infraestructura y los equipos necesarios que permitan realizar una rehabilitación visual integral, pero es triste ver que tanto a nivel mundial como en Colombia, son bastante escasas y desconocidas para la población en general y para los pacientes que requieren de este tipo de asistencia.

### **5.2.2. Tendencias del mercado**

La discapacidad visual en general ha sido un tema al que no se le presta mucha atención, los estudios en esta área son insuficientes, la sociedad olvida o simplemente ignora a las personas que se encuentran en esta situación y los gobiernos hasta ahora están empezando a tenerlos en cuenta en su legislación, pero esto aún no es suficiente. En Colombia la situación no es muy diferente, aún no se identifica como un problema público, lo que hace que las políticas públicas en salud visual no sean claras y por tanto no haya un protocolo definido al respecto, en muchas ocasiones se debe actuar de manera individual frente a cada caso con tal de solventar dichas falencias. En la legislación solo está incluida la consulta inicial de Baja Visión pero no el proceso de Rehabilitación visual integral, sin embargo, como lo indica Oviedo: “La Ley 361 de 1997 menciona en su artículo 18 la rehabilitación integral para todas las personas con limitación e implementa términos de rehabilitación funcional y rehabilitación profesional” (2015: 26), por esta razón, en muchas ocasiones el paciente debe recurrir a acciones legales con el fin de que éstos sean cubiertos por su sistema de salud o si tienen la capacidad económica, adquirirlos de manera particular.

Pero incluso para aquellos pacientes que pueden consultar de manera particular, también es difícil acceder a este tipo de servicios pues en el país existen pocos profesionales dedicados a la atención de pacientes de Baja Visión y discapacidad visual en general y el número de instituciones dedicadas a la rehabilitación visual también es muy bajo.

### 5.2.3. Clientes potenciales

Nuestros clientes potenciales será toda la población con discapacidad visual sin límite de edad, residentes en la ciudad de Medellín y los 9 municipios anexos que conforman el área metropolitana del Valle de Aburrá (Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Itagüí, Sabaneta, Envigado, La Estrella y Caldas).

### 5.2.4. Competencia

Como indican Oviedo, Hernández y Ruíz (2019):

*En Colombia funcionan actualmente 13 centros de Baja Visión, el 30.8% de las instituciones se encuentran ubicadas en Bogotá y Barranquilla (4 instituciones en cada una), seguidas por Medellín y Cali con dos centros cada una que corresponden al 15.3% y en la ciudad de Bucaramanga un centro de atención que representa al 7.7%.*

*De los trece centros el 54%, 7 instituciones, pertenece a la red de atención privada clínicas oftalmológicas y optométricas; otro 30.8%, 4 centros, está adscrito a instituciones privadas de carácter académico en las cuales se oferta el programa de Optometría; un centro, 7.6%, perteneciente a la red pública de atención y finalmente un centro, 7.6%, perteneciente a un hospital de tercer nivel de complejidad, de naturaleza jurídica mixta: público-privado.*

Los tipos de servicios prestados por ciudad se describen a continuación: (Tabla 4)

Tabla 4. Servicios prestados por ciudad (Oviedo y Hernandez, 2019)

TIPO DE SERVICIO	CIUDAD										
	Barranquilla		Bogotá		Bucaramanga		Cali		Medellin		Total
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Valoración de Baja visión	3	25.0	4	33.3	1	8.3	2	16.7	2	16.7	12
Orientación en Baja Visión	1	11.1	4	44.4	1	11.1	2	22.2	1	11.1	9
Entrenamiento Vocacional	0	0.0	3	60.0	0	0.0	1	20.0	1	20.0	5
Rehabilitación y Entrenamiento	2	22.2	3	33.3	1	11.1	2	22.2	1	11.1	9
Orientación y Movilidad	1	16.7	3	50.0	0	0.0	1	16.7	1	16.7	6
Entrenamiento en tecnología	1	20.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0	1	20.0	5
Servicio Social	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2
Deporte y Recreación	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1

## 6. ESTRUCTURA MECANICA (PLAN DE MARKETING)

### 6.1. OBJETIVOS

El objetivo de la Unidad es conseguir el funcionamiento del 100% en un plazo de 3 años, se distribuirá el tiempo entre la parte asistencial y administrativa así:

- La dedicación inicial para la prestación de los servicios será de 4 horas al día de lunes a sábado para un total de 24 horas semanales. El 50% se dedicará a la parte asistencial y el 50% a la parte organizacional tanto en temas académicos como comerciales (Como la creación de guías y protocolos de atención, elaboración, revisión y actualización de material y documentos para la creación del sistema de gestión de la calidad en la Unidad, captación de pacientes).
- A partir del segundo año se incrementarán dos horas al tiempo de dedicación a la Unidad, en los mismos días, de lunes a sábado para un total de 36 horas semanales y se redistribuirá así: 60% se dedicará a la parte asistencial y 40% a la administrativa.
- En el tercer año se dedicarán 8 horas diarias a la Unidad de lunes a viernes y sábados 4 horas, para un total de 44 horas semanales, dedicando 70% a la parte asistencial y 30% a la administrativa.

Tabla 5. Desglose de tiempo de dedicación al trabajo en la Unidad

Año	Horas diarias	Días a la semana	Total horas al mes	N° de profesionales	Asistencial	Administrativo
Primero	4	6	96	1	50%	50%
Segundo	6	6	144	1	60%	40%
Tercero	8	5	176	1	70%	30%
	4	1				

### 6.2. ESTRATEGIA COMERCIAL

La principal fuente de pacientes serán las Instituciones públicas y privadas y los profesionales independientes con los cuales se realizarán convenios para la remisión de los mismos. La estrategia principal para la captación de los mismos estará encaminada en dar a conocer la Unidad al público en general, recalcando la calidad y variedad de los servicios prestados con el fin de posicionarla como una institución referente y líder en el campo de la

rehabilitación de pacientes con discapacidad visual, todo esto mediante las herramientas que se describen en el siguiente apartado.

### 6.3. HERRAMIENTAS DE MARKETING

Las herramientas a las cuales se recurrirá serán:

- ✓ Actividades de divulgación: Dirigidas a pacientes, profesionales de la salud visual y ciencias afines (como la neurología).

Para los pacientes: Mediante la elaboración de folletos y volantes que expliquen los servicios que presta la Unidad, se realizarán visitas a empresas en las cuales haya presencia de personas con discapacidad visual, igualmente en hogares para ancianos. También se organizarán charlas educativas dirigidas a miembros de organizaciones o asociaciones para discapacitados.

Para los profesionales: A parte de los folletos, se hará presencia en congresos de Optómetras y Oftalmólogos con puestos o stands de información, charlas académicas con temas relacionados con Baja Visión, discapacidad visual y rehabilitación visual.

Para los estudiantes: De los últimos semestres de Optometría, residentes de último año de Oftalmología y Neurología: Mediante la elaboración de folletos y tarjetas de presentación, organización de seminarios o charlas informativas y formativas en el área de la rehabilitación visual.

Divulgación en masa: Mediante una página web que contenga información detallada de la Unidad, profesionales, servicios, etc. Además mediante uso de redes sociales como Instagram, Facebook, YouTube, LinkedIn.

- ✓ Convenios: Se realizarán convenios con Instituciones públicas y privadas y con profesionales independientes para la prestación de los servicios, se incluirá un descuento especial por la remisión de pacientes.

Tabla 6. *Presupuesto mensual para marketing*

<b>Actividad</b>	<b>Presupuesto mensual</b>
Folletos, volantes (tamaño media carta) y tarjetas de presentación: 1.000 de cada uno por mes	200 €
Charlas educativas para pacientes	0 €
Charlas académicas para profesionales	50 €
Charlas académicas para estudiantes	0 €
Página web: Planeación y diseño (Pago único)	300 €
Página web: Dominio y servicio de hosting	100 €
Publicaciones en redes (Instagram, Facebook, YouTube, LinkedIn)	0 €
Convenios	0 €
<b>Total</b>	<b>650 €</b>

## 7. ESTRUCTURA FINANCIERA

### 7.1. RECURSOS

#### 7.1.1. Infraestructura

Se alquilará un local o consultorio ubicado en el sector de Ciudad del Río, contiguo a la Torre Médica y a la Clínica del Prado, ya que es un lugar central, de fácil acceso a través de diferentes vías y sobre todo, cercano a Clínicas Oftalmológicas reconocidas y con gran flujo de pacientes. Allí se realizará la valoración inicial y final, la prescripción de ayudas y el entrenamiento en el uso de las mismas, la guía a los familiares y personas del entorno del paciente, también se realizará el entrenamiento en orientación y movilidad, cuidado personal y tareas domésticas pero de ser necesario, también se ofrecerá la posibilidad de realizar algunas sesiones en el lugar de residencia, trabajo o estudio del paciente con el fin de evaluar y proponer soluciones que faciliten su desempeño.

#### 7.1.2. Equipos

Los equipos a adquirir serán los siguientes:

- Estuche diagnóstico con Oftalmoscopio, Retinoscopio, transiluminador, pila recargable de repuesto
- Optotipos de Baja Visión para visión lejana y próxima pacientes de diferentes edades, alfabetas y analfabetas, con cabina de iluminación y base con ruedas
- Pantalla de Optotipos
- Test de sensibilidad al contraste
- Test de visión cromática: Test de Ishihara y Test de Farnsworth
- Cartilla o Test de Amsler
- Unidad eléctrica de Optometría con forópter, lámpara de hendidura
- Autorefractoqueratómetro
- Microperímetro
- Campímetro
- Lensómetro electrónico
- Caja de pruebas de lentes oftálmicos
- Set de prueba de filtros de absorción selectiva de diferentes laboratorios o marcas

- Caja de pruebas de ayudas de Baja Visión: Telescopios de foco fijo y variable de diferentes magnificaciones, lupas sin y con iluminación de diferentes magnificaciones, cápsulas de aproximación, dobletes aplanáticos, entre otros
- Montura de pruebas
- Caja de prismas sueltos
- Reglilla milimetrada
- Ocluser
- Oftalmoscopio indirecto

### 7.1.3. Ayudas ópticas y no ópticas para pacientes

Las ayudas ópticas y no ópticas que se tendrán disponibles son:

- Telescopios monoculares y binoculares de foco variable y diferentes magnificaciones
- Lupas sin y con iluminación de diferentes magnificaciones
- Lupas electrónicas
- Posibilidad de elaboración de diferentes tipos de lentes con prescripción + filtros de absorción selectiva
- Lupa televisión o CCTV
- Software para entrenamiento de habilidades visuales
- Carta de lectura para cerca y cuadernos de ejercicios de rastreo visual
- Macrotipos
- Conos y palos para entrenamiento en orientación y movilidad
- Bastones
- Tiposcopios
- Bolígrafos de punta gruesa
- Marcadores
- Atriles

## 7.1.4. Recursos humanos

Es necesario contar con un equipo multidisciplinar para poder realizar una rehabilitación integral, por tanto estará conformado por:

- Optómetra especialista en Baja Visión
- Oftalmólogo
- Psicólogo
- Terapeuta ocupacional
- Rehabilitador visual
- Trabajador social
- Tiflólogo

Además es necesario contar con personal administrativo:

- En principio una persona encargada de la apertura, organización de agendas de los diferentes servicios, admisión y registro de los pacientes.
- Además un contador que realizará visitas mensuales.

## 7.2. PLAN FINANCIERO

### 7.2.1. Gastos

En la tabla 7 se describen los gastos presupuestados por año (durante los tres primeros años) en cada uno de los conceptos, el 40% provendrá de recursos propios y para el 60% restante se solicitará un crédito bancario, para esto se realizará una investigación con el fin de identificar la entidad que brinde intereses y plazos más cómodos para este tipo de inversiones.

### 7.2.2. Ingresos

En la tabla 8 se describe la proyección de ingresos de los tres primeros años, el precio de cada actividad por paciente, la cantidad de pacientes esperados por mes, el total de ingresos mensuales y el total de ingresos anuales por estos conceptos.

Tabla 7. Descripción de gastos

Concepto	Descripción	Primer año		Segundo año		Tercer año	
		Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
RECURSOS HUMANOS	Sueldos (Incluyendo prestaciones sociales)	9.000 €	108.000 €	9.500 €	114.000 €	10.000 €	120.000 €
INFRAESTRUCTURA	Canon de arrendamiento de local o consultorio	600 €	7.200 €	600 €	7.200 €	600 €	7.200 €
	Servicios públicos: Telefonía, Internet, agua, luz	150 €	1.800 €	150 €	1.800 €	160 €	1.920 €
EQUIPOS	Compra de equipos descritos en el numeral 6.1.2	NA	45.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €
AYUDAS OPTICAS Y NO OPTICAS PARA PACIENTES	Se tendrá un stock pequeño con una muestra de cada tipo de dispositivo para que el paciente lo conozca y si desea adquirirlo se realizará compra de cada dispositivo al respectivo proveedor	NA	2.500 €	0 €	0 €	20 €	300 €
MARKETING	Ya descrito en el numeral 5.3	650 €	7.800 €	650 €	7.800 €	650 €	7.800 €
OTROS	Plan postpago teléfono celular	20 €	240 €	20 €	240 €	20 €	240 €
	Computadores	NA	1.200 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Software de Historias clínicas y contabilidad	NA	5.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Impuestos Industria y Comercio	90 €	1.080 €	90 €	1.080 €	90 €	1.080 €
<b>Total</b>		<b>179.820 €</b>		<b>132.120 €</b>		<b>138.540 €</b>	
<b>Total en los primeros 3 años</b>		<b>450.480 €</b>					

Tabla 8. Descripción de ingresos

Concepto	Duración (Minutos)	Primer año				Segundo año				Tercer año			
		Precio por paciente	Pacientes esperados por mes	Total mensual	Total anual	Precio por paciente	Pacientes esperados por mes	Total mensual	Total anual	Precio por paciente	Pacientes esperados por mes	Total mensual	Total anual
Valoración inicial de Baja Visión	60	40 €	24	960 €	11.520 €	43 €	48	2.074 €	24.883 €	47 €	72	3.359 €	40.311 €
Valoración de Optometría	20	25 €	24	600 €	7.200 €	27 €	48	1.296 €	15.552 €	29 €	72	2.100 €	25.194 €
Valoración inicial de Oftalmología general	20	45 €	12	540 €	6.480 €	49 €	24	1.166 €	13.997 €	52 €	36	1.890 €	22.675 €
Valoración general de Oftalmología especializada	20	50 €	4	200 €	2.400 €	54 €	8	432 €	5.184 €	58 €	12	700 €	8.398 €
Orientación y movilidad	240	140 €	10	1.400 €	16.800 €	151 €	18	2.722 €	32.659 €	163 €	30	4.899 €	58.787 €
Cuidado personal y actividades de la vida diaria	240	140 €	14	1.960 €	23.520 €	151 €	29	4.385 €	52.618 €	163 €	43	7.054 €	84.653 €
Orientación a familiares y/o personas del entorno	60	25 €	14	350 €	4.200 €	27 €	29	783 €	9.396 €	29 €	43	1.254 €	15.047 €
Entrenamiento en ayudas ópticas y no ópticas	240	120 €	12	1.440 €	17.280 €	130 €	24	3.110 €	37.325 €	140 €	36	5.039 €	60.466 €
Valoración final de Baja Visión	60	30 €	22	660 €	7.920 €	32 €	43	1.393 €	16.718 €	35 €	65	2.274 €	27.294 €
<b>Total</b>		<b>136</b>		<b>97.320 €</b>		<b>271</b>		<b>208.332 €</b>		<b>409</b>		<b>342.824 €</b>	
<b>Total en los primeros 3 años</b>		<b>648.476 €</b>											

## CONCLUSIONES

La Unidad de Baja Visión y Rehabilitación Visual es una oportunidad tanto desde el punto de vista empresarial como asistencial, pues es un sector poco explorado, no hay un número importante de instituciones que presten estos servicios por tanto la competencia es mínima, los servicios son escasos a nivel nacional y es un campo que cada vez adquiere mayor importancia en el ámbito profesional y social.

Al plantear un servicio de Rehabilitación Visual de manera integral en la ciudad de Medellín, se logra obtener un plan financiero auto-sostenible y rentable, generando una empresa con proyección y además ofertando un servicio de alta calidad.

La implantación de la Unidad de Baja Visión y Rehabilitación Visual en la capital antioqueña permitirá abrir las puertas a un mayor conocimiento de este segmento de la población discapacitada, así mismo hará notar a los entes gubernamentales y a la sociedad en general, acerca de la importancia de este tipo de instituciones y de la inclusión de estos servicios dentro del plan sanitario básico.

## BIBLIOGRAFIA

Baja Visión. (s.f.) Recuperado de:

<http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/index.php/servicios-medicos/medicina-fisica-y-rehabilitacion/baja-vision>

Grande Baos C. (2006). Unidades de baja visión y rehabilitación visual: Un proyecto para la sanidad pública. *Arch Soc Canar Oftal.* 17:121-8.

Bejarano, A; Silva, I; Peña, V. (2016). Estudio de viabilidad de creación de empresa Viva Centro de Baja Visión. [Tesis de postgrado]. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá. Recuperado de <https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/001/341/1/REDI-FDA-2016-6.pdf>

CCB, Cámara de Comercio de Bogotá. (2020) ¿Qué son las sociedades por acciones simplificadas?. Recuperado de <https://www.ccb.org.co/Preguntas-frecuentes/Registros-Publicos/Que-son-las-sociedades-por-acciones-simplificadas>

CCM, Cámara de Comercio de Medellín. (2020). Guía de tipos societarios [archivo PDF]. Recuperado de [https://www.camamedellin.com.co/Portals/0/Documentos/2019/GuiaTipoSocietario\\_\\_FormatoPDF\\_ago20.pdf](https://www.camamedellin.com.co/Portals/0/Documentos/2019/GuiaTipoSocietario__FormatoPDF_ago20.pdf)

CCM, Cámara de Comercio de Medellín. (2018). Registro de la constitución de una Sociedad por Acciones Simplificada –SAS- [archivo PDF]. Recuperado de [https://www.camamedellin.com.co/Portals/0/servicios-registrales/registro-mercantil/documentos/guias/2019/Guia---20---2018\\_FormatoPDF.pdf](https://www.camamedellin.com.co/Portals/0/servicios-registrales/registro-mercantil/documentos/guias/2019/Guia---20---2018_FormatoPDF.pdf)

Cañón, Y. (2011). La baja visión en Colombia y en el mundo. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular.* 9;1:117-23.

Castrillo, M. (2014, Junio 27). Plan de viabilidad y puesta en marcha de una Unidad de Rehabilitación Visual en un Centro Hospitalario Público. [Trabajo Fin de Máster]. Universidad de Valladolid, Valladolid.

Centro de Baja Visión - Roberto Valencia. (s.f.) Recuperado de <https://bajavisioncolombia.com/servicios-de-optometria-y-baja-vision/>

DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (s.f). Censo general 2005 – Formulario ampliado. Recuperado de: <http://systema59.dane.gov.co/bincol/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=BASECG2005AMP&lang=esp>

Entrepreneur. (2019) Tu plan de negocios paso a paso. Recuperado de <https://www.entrepreneur.com/article/269219>

Florido, M. (2017). Cómo definir la misión, visión y valores e una empresa + ejemplos. Marketing and web de <https://www.marketingandweb.es/emprendedores-2/mision-vision-y-valores-de-una-empresa/>

Gonzalez, A. (2013, Junio 9). Evaluación de Opciones y Planificación de un Servicio de Rehabilitación Visual y Baja Visión. [Trabajo Fin de Máster]. Universidad de Valladolid, Valladolid.

Guerrero, N; Dominguez, Y. (2016). Plan de negocios para la creación de una IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) “Amigos de su salud”, en el municipio de Puerres – Nariño, IPS de primer nivel de carácter privado, S.A.S. (Sociedad Anónima Simplificada). [Proyecto de Postgrado]. Fundación Universitaria del Area Andina. Ipiales. Recuperado de <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/681/Plan%20de%20negocios%20para%20la%20creaci%C3%B3n%20de%20una%20IPS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

King, E. (2020). ¿Existen aún las tiflólogas?. Recuperado de <http://www.inci.gov.co/blog/existen-aun-las-tiflologas>

Hospital Universitario de San Vicente Fundación. (2011) La discapacidad visual y los servicios de formación integral. (2011). Recuperado de <http://www.elhospitalblog.com/la-discapacidad-visual-y-los-servicios-de-rehabilitacion-integral/#:~:text=Ante%20discapacidad%20visual%20en%20un,es%20que%20la%20persona%20logre>

Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.) Abecé de la Discapacidad. [archivo PDF]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abece-de-la-discapacidad.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2006, Abril 3). Decreto Número 1011 de 2003. [archivo PDF]. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014, Mayo 28). Resolución Número 00002003 de 2014. [archivo PDF]. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Sistema de Información de Habilitación – SOGC de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. [archivo PDF]. Recuperado de [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ayudas/ingreso\\_informacion\\_prestadores.pdf](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ayudas/ingreso_informacion_prestadores.pdf)

OMS, Organización Mundial de la Salud. (2019, Octubre 8). La OMS presenta el primer informe mundial sobre la visión. De <https://www.who.int/es/news-room/detail/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision>

Oviedo, M; Hernandez, M. (2019, Febrero 18). Capacidad instalada de centros de atención en baja visión en Colombia. Tipo de servicios prestados por ciudad. [Tabla]. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/331175695>

Oviedo, M. (2019, Septiembre 2). Retos para la atención en Baja Visión en Colombia. Grupo Franja de <https://grupofranja.com/retos-para-la-atencion-en-baja-vision-en-colombia/>

Persona jurídica. (s.f.). Recuperado de <https://www.camaramedellin.com.co/matricularte/slides-sin-header-footer/persona-juridica.html#three>

República de Colombia – Gobierno Nacional. (1993, Diciembre 23). Ley 100 de 1993. [archivo PDF]. Recuperado de [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100\\_93.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020) Sistema único de habilitación. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>

Watson, G; Silva, J; Suanca, A; Arciniegas, L. (2016). Análisis de Situación de Salud Visual en Colombia. [archivo PDF]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/asis-salud-visual-colombia-2016.pdf>