



IOBA

Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada

Máster Universitario en Rehabilitación Visual

Plan de Empresa de la Unidad de Rehabilitación Visual de Óptica Unyvisión

Trabajo Fin de Máster

Autora: **María Pilar Morte Palacios**

Tutor: Miguel Ángel García Hontoria

Fecha: 14/06/2012



Índice

Página

1	La Unidad de Rehabilitación visual de Óptica Unyvisión	2
1.1	Descripción de la Unidad	2
1.2	Descripción de los servicios y productos	5
1.3	Breve descripción de los principales recursos disponibles	6
2	Análisis de mercado	7
2.1	Descripción del mercado al que nos vamos a dirigir y su evolución	7
2.2	Quiénes son nuestros clientes	8
2.3	Quiénes son nuestros competidores	9
2.4	Previsión de la evolución del mercado	10
2.4.1	Impacto de la crisis económica en los servicios de rehabilitación visual	13
2.5	Otros mercados potenciales y posibilidades de nuestros servicios	14
2.6	Cuadro descriptivo de puntos fuertes, débiles, oportunidades y amenazas.	14
3	Plan de Marketing	17
3.1	Estrategia comercial y objetivos a corto, medio y largo plazo	17
3.1.1	¿Cuál es la capacidad actual de nuestro servicio?	17
3.1.2	¿Cuáles son nuestros objetivos en los próximos años?	19
3.2	Definición de acciones	20
3.3	Herramientas de marketing	23
4	Plan de recurso e Inversiones	27
4.1	Equipos e instalaciones	27
4.2	Material y ayudas para pacientes	29
4.3	Recursos humanos	31
5	Plan financiero, gastos e ingresos previstos a tres años	32
5.1	Descripción de gastos	32
5.2	Descripción de ingresos y escenarios	33
5.3	Viabilidad financiera a tres años.	39
Anexos		
1.	Bibliografía	41
2.	Planes de empresa utilizados	41
3.	Recursos web	41



1 La Unidad de Rehabilitación Visual de Óptica Unyvisión

Óptica Unyvisión se encuentra en la avenida de Navarra en Pamplona, en ella queremos iniciar la actividad de proporcionar ayudas de baja visión con el objeto de proporcionar un servicio, de que otras ópticas no disponen, mejorando así la atención visual de las personas residentes en nuestro entorno.

Ahora a la vista de la demanda de un servicio de baja visión más especializado, tanto en ayudas visuales como en la rehabilitación de las personas con problemas de visión, decidimos que es necesario establecer una unidad de rehabilitación visual para ofrecer un servicio que es necesario, novedoso y demandado. Esta unidad es la que presentaremos en este plan de empresa.

1.1 Descripción de la Unidad

El servicio de Rehabilitación visual está especializado tanto en la evaluación completa de la funcionalidad de la visión de personas con baja visión (de cualquier edad) como en el entrenamiento de su “resto visual” para obtener el mayor provecho posible en cuanto a propósitos funcionales. Consiguiendo así como resultado una menor dependencia de la persona, una mejora en sus desplazamientos y un aumento en la calidad de vida de las personas con discapacidad visual.

Este servicio está cobrando importancia en la actualidad debido a que la población con discapacidad visual está aumentando, ya sea porque ha aumentado la esperanza de vida y con ella las patologías degenerativas visuales, como que se están consiguiendo salvar más niños prematuros, con lo que hay más niños con mayor riesgo de discapacidad, entre las cuales la visual, por inmadurez del sistema.

Además es un servicio que en pocos sitios se encuentra y que la gente desconoce o únicamente conocen la ONCE para los ciegos y ellos no son ciegos.

A nuestro favor tenemos que, generalmente, el oftalmólogo sólo valora desde el punto de vista de la patología, no va más allá de los posibles tratamientos valorados mediante unas pruebas objetivas sin preocuparse de las dificultades que encuentran las personas con discapacidad visual en su día a día. Y ahí es donde actuamos nosotros, proporcionando la valoración funcional de la visión, movilidad y orientación, protección solar, graduaciones correctas,... e intentando adaptar las ayudas, trucos, modificaciones necesarias para intentar mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad y de las que comparten sus vidas con ellas. Con esto se consigue la distinción de nuestra óptica con respecto a otras ópticas del sector que únicamente prescriben las ayudas y explican su funcionamiento general.



La unidad no sólo va destinada a las personas que padecen la discapacidad (ya sean niños o adultos) sino también a los familiares o entorno más cercano, que podrán entender mejor qué es lo que le pasa y cómo pueden ayudarle, educarle o tratarle.

El servicio se realizará en óptica Unyvisión, situada frente a la CUN, en un local separado a la óptica donde hay espacio suficiente para realizar las distintas actividades que se realizan en interiores durante la rehabilitación.

Esta localización puede beneficiarnos debido al servicio de oftalmología de la clínica, ya que no posee un servicio de rehabilitación, por lo tanto, podrían derivarse a las personas que lo precisen. Además de los clientes habituales que puedan comenzar con discapacidad, los que normalmente serán personas de edad más avanzada.



Imagen 1:
Óptica
Unyvisión y
Unidad de
Rehabilitación
Visual



1.2 Descripción de los servicios y productos

La actuación que queremos proporcionar en este servicio la podemos dividir en las siguientes partes u objetivos:

- Valoración inicial por parte del óptico de la funcionalidad visual realizando un examen complementario al informe médico (diagnóstico y tratamiento) del paciente.
- Optimización del funcionamiento visual
- Orientación y movilidad; Mejorando así su capacidad para orientarse en un espacio o respecto a un objeto que se ha caído, tanto en interiores como en exteriores. Teniendo en cuenta los posibles defectos de campo visual que padezca la persona.
- Cuidado personal y tareas domésticas; con lo que disminuiríamos la dependencia en lo posible.
- Guía a los familiares o personas del entorno; estando presentes y siendo partícipes de las actividades y ayudas de la persona, para que ellos también sepan más sobre el tema consiguiendo un mayor entendimiento y mejorar la relación entre ambos.
- Prescripción, selección y entrenamiento de las ayudas ópticas y no ópticas de manera individualizada al paciente. Algunas como la lupa manual o lupa electrónica, filtros, tipos de agujas, bolígrafos, etc los tendremos disponibles nosotros para mostrar, otros más especiales tendríamos que solicitarlos al distribuidor según la necesidad del paciente. Una vez decidida la posible prescripción de las ayudas pasaríamos al aprendizaje.
- La valoración final tras el entrenamiento y un constante seguimiento de la persona, mínimo una vez al año, en el que se comprobará el estado de funcionalidad de la visión, el uso y aprendizaje que ha realizado y realiza de las ayudas y una posible valoración de intentar alcanzar un nuevo objetivo todavía no cubierto.



Imagen 2:
Guía para la mejora del paciente en cuidado personal, tareas domésticas y ayuda a la lectura y escritura.



1.3 Breve descripción de los principales recursos disponibles

El servicio de rehabilitación visual se encuentra entre las más multidisciplinarias disciplinas de la visión, siendo extraño que un único profesional pueda ocuparse de todos los aspectos del paciente de baja visión. Por esta razón contaremos con ciertos recursos imprescindibles.

Dichos recursos y sus características principales (desarrollados en el punto 4) son:

- **Recursos humanos:** Dispondremos de un óptico- optometrista que realizará toda la parte de evaluación y prescripción, así como un rehabilitador visual que se encargará de realizar el entrenamiento. Estas personas, son las dos ópticos-optometristas.
- **Recursos materiales:** Dispondremos de material necesario para el entrenamiento, como son las posibles ayudas ópticas y no ópticas, a elegir según el paciente.
- **Redes asistenciales y contactos profesionales de apoyo:** Podemos derivar a los pacientes que necesiten ayuda de otros sectores, como psicólogo, oftalmólogos, asistentes sociales, logopedas, maestros de educación especial,...; esto es importante para poder satisfacer todas las necesidades de las personas y no solo las que podemos cubrir nosotros, consiguiendo de esta forma, una mayor mejora del paciente tanto de calidad de vida como de satisfacción y confianza hacia nosotros.



Imagen 3: Ayudas visuales.

2 Análisis de Mercado

2.1 Descripción del mercado y su evolución

Nuestro servicio en un principio va a ir dirigido a toda persona que tenga una visión deficiente y necesite de una ayuda tanto óptica como no óptica y un entrenamiento para adaptarse a su situación. Sobre todo para aquellas personas que no son admitidas en la ONCE, por lo que tienen que buscar esa rehabilitación en otro sitio.

En la siguiente tabla los diferenciamos en diferentes grupos:

Clasificación	Características	Evolución
Niños con deficiencias visuales	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden tener otras deficiencias que hay que tener en cuenta. • Suelen ser por causa congénita. • Además de la deficiencia visual habrá que valorar el estado motor del niño. • Todas las actividades son nuevas para ellos, aprendiéndolas de cero a través de otros sentidos. • Son niños que hay que enseñarles el cuidado personal poco a poco. • Habrá que integrar la movilidad y orientación desde el primer momento para poder integrarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • El sustento de estos niños son los padres. Generalmente harán lo que esté en sus manos por que sus hijos consigan la vida más normal dentro de sus posibilidades. • Habrá que tener en cuenta si el niño tiene alguna otra discapacidad a parte de la visual, ya que podrán tener una limitación económica.
Jóvenes con deficiencias visuales	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser jóvenes que ya tenían la deficiencia y lo que necesitan es buscar otras ayudas que les permita afrontar las nuevas etapas de la vida y de los estudios. • Puede empezar en esta etapa y necesitar un entrenamiento de las ayudas oportunas para poder seguir sus clases y actividades. • Necesitan orientación ante los deportes o actividades de ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son personas que económicamente están respaldados por los padres y familiares. • Con una rehabilitación eficaz y el apoyo necesario en los centros de estudios podrán llegar a ser del grupo de personas maduras en activo, donde ya serán independientes económicamente.
Personas maduras (55-69 años) todavía en activo	<ul style="list-style-type: none"> • Buscan intentar seguir en activo • Sus expectativas son mucho más altas. • Necesitan autonomía en lo personal, movilidad y laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siguen trabajando por lo que económicamente son independientes. • Es importante valorar la familia también para una buena evolución del paciente. • Consiguiendo la adaptación del puesto de trabajo y una rehabilitación visual se conseguirá que pueda seguir en activo.
Ancianos >70 años	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente jubilados. • Pueden ser antiguos clientes que comiencen con patología degenerativa. • Quieren conservar la mayor autonomía posible. • El objetivo suele ser un hobby que tenga, como leer, coser, pintar, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son pensionistas. La situación económica variará mucho de unos a otros. • Los que más limitación tengan o no tengan familiares que les ayuden buscarán ayudas económicas. • Tienen mucho tiempo libre para hacer lo que les gusta o sentirse útiles, por lo que no suelen renunciar a una ayuda que les permita seguir haciéndolo.

Tabla 1: tipo de públicos objetivos.



Una vez hecha la clasificación de todos los tipos de personas que se podrían beneficiar de nuestro servicio, cabe destacar que nuestro cliente preferencial serán los ancianos. Esto será debido a la previsión del crecimiento de la esperanza de vida.

Estos podrán ser anteriores clientes de la óptica que al envejecer comiencen a padecer algún tipo de enfermedad degenerativa en el ojo (en las mujeres es muy frecuente la pérdida de visión por DMAE después de la cirugía de cataratas) o el empeoramiento de la visión causada por el descontrol de alguna patología endocrina, como es la diabetes, colesterol, etc. O simplemente personas que tras acudir al oftalmólogo estos les recomiendan ir a alguna óptica especializada.

A continuación serían los adultos en activo, ya que cada vez hay menos gente que no trabaja y cuida de la casa y la gente se resiste a dejar de trabajar repentinamente, a perder toda su autonomía, toda su vida social mientras haya una posible solución.

Nuestra prioridad de clientes según públicos objetivos es:

1. Ancianos >70 años
2. Personas maduras (55-69 años) todavía en activo
3. Jóvenes con deficiencias visuales y Niños con deficiencias visuales

2.2 Quiénes son nuestros clientes

Desde el comienzo de nuestra actividad, como parte de los servicios de la óptica, nuestro paciente principal ha sido el público anciano, más del 80%. Por lo general, antiguos clientes de la óptica que han comenzado con la baja visión y a los que les hemos prescrito ayudas tanto ópticas como no ópticas. Sin embargo, no han seguido un proceso de rehabilitación porque no disponemos de él. Por lo que aunque ya sean usuarios de ayudas son posibles candidatos a realizar el servicio si tienen interés de mejorar o les ha surgido algún otro objetivo alcanzable que no está cubierto aún. Nuestro servicio no es muy amplio, es una óptica pequeña y únicamente 2 profesionales que puedan trabajar la baja visión, por lo que nos interesa controlar el volumen de personas para poder atenderlas de forma correcta.

Tabla 2: Evolución de pacientes de Rehabilitación Visual en los últimos años

Público Objetivo	2009		2010		2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ancianos >70 años	10	83,3%	20	87,0%	35	89,7%
Personas maduras todavía en activo	2	16,7%	3	13,0%	3	7,7%
Jóvenes con deficiencias visuales	0		0		1	2,6%
Niños con deficiencias visuales	0		0		0	



Actualmente la mayoría de nuestros pacientes proceden de Pamplona y pueblos muy cercanos como pueden ser, por ejemplo, Barañain (a 5 min. en coche de nuestra situación), Beriain (10-15 min. en coche), Cizur (10min. en coche), etc.

Además de querer insertar la rehabilitación visual para la baja visión trabajamos la terapia visual por lo que muchos familiares de los niños que tratamos acaban conociéndonos, y es otra forma de captar futuros clientes. No te ven como una óptica común y si alguien de la familia tiene algún problema preguntan pudiéndoles introducir la baja visión y nuestro nuevo servicio.

En frente de nuestra puerta se localiza una clínica universitaria donde se encuentra la especialidad de oftalmología y muy cerquita está también las consultas de la seguridad social.

Muchas personas cuando salen de consultas y necesitan algún cambio o alguna explicación u orientación sobre lo que les acaban de decir, entrar a informarse, a preguntar sobre qué es y qué posibles soluciones habría ya que el médico les ha dicho que en las ópticas pueden proporcionarle unas ayudas para conseguir leer, etc.

De las personas que vengan de la Seguridad social sí que podremos considerarlos aptos para nuestro servicio, sin embargo las personas que vengan de la clínica hay que ver de dónde provienen, si son de navarra podremos proporcionarles el servicio si pueden viajar a pamplona.

También hay gente que va a la clínica por medio de los seguros, por lo que van andaluces, madrileños, etc. estas personas se saldrían de nuestros rangos de actuación. Siempre se les podría aconsejar sobre otros centros en su localidad, proporcionar ayudas y algo del funcionamiento de las mismas pero no los podremos considerar clientes del servicio.

De esta forma, podemos definir el origen de nuestros clientes como:

- Fundamentalmente de origen local
- Pacientes del servicio público de salud, provenientes del Centro de Salud próximo y del Clínico Universitario.
- Familiares de los niños tratados en el centro.

2.3 Quiénes son nuestros competidores

En Pamplona pocas son las ópticas que trabajan la baja visión. Nuestro mayor competidor será Ulloa ópticos, pero se encuentra localizado lejos de nuestra zona por lo que la gente que salga de la clínica o la seguridad social es más probable que entre a consultarnos primero. También se anuncia Ramón óptica como sitio donde se prescriben filtros y ayudas para la baja visión pero únicamente proporciona las ayudas ópticas sin el servicio que nosotros ofrecemos que es la rehabilitación visual de la persona con un entrenamiento de la ayuda que debe usar dicha



persona. Otras ópticas también empiezan a tomar contacto con la baja visión facilitando lupas o alguna otra ayuda pero sin ir más lejos que el proporcionar la ayuda y explicar el manejo. Aún así todavía son muchos los optometristas a los que les da respeto el enfrentarse a la baja visión y derivan a otros sitios que la trabajen.

Pensando en la expansión de las grandes cadenas como pueden ser Alain Afflelu, Visionlab, etc. por lo general su mercado se centra con otra visión. Son ópticas más de gafas de moda, tienden a venderse como económicos, etc. pero por lo general no se centran en exámenes fuera de una ametropía común, a excepción de alguna que pueda hacerlo (pero son las menos). La gente las ve como se anuncian, como un sitio de moda, económico, con ciertas ventajas, pero las personas que tienen realmente un problema intentan buscar sitios especializados.

Cómo franquicias a destacar y no olvidarnos puede ser general ópticos, ya que es una de las que intentan buscar especialización. De todas formas en Pamplona, por el momento no tienen un servicio de rehabilitación visual aunque sí que proporcionan ciertas ayudas.

Existen centros importantes de rehabilitación visual en Madrid, Zaragoza, Valladolid, pueden ser los más cercanos a nuestra zona. Esto no lo considero una desventaja, porque que un paciente con baja visión viaje a una ciudad (la más cercana Zaragoza a 2 horas) para realizar la rehabilitación o hacer que un familiar le acerque es un sacrificio que a la larga puede abandonarse. Por lo que si ellos conocen de nuestro servicio y el paciente es de Navarra, es más fácil que nos lo derivasen para trabajar con nosotros.

Actualmente se encuentra de moda el comercio a través de internet, sobre este tema aclarar que nuestro servicio es imposible facilitarlo a través de este medio, así que no creo que salga competencia a través de la red.

2.4 Previsión de la evolución del mercado

Centrándonos en nuestro cliente potencial, las personas de edad avanzada, a través de los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística), y realizando una revisión sobre la esperanza de vida que se prevé que puede tener una persona al nacer, podemos decir que en los próximos años, asistiremos a un crecimiento del número de personas con problemas de visión, sobre todo relacionadas con la edad, e independientemente de aquellas otras patologías propias de pacientes de menor edad y relacionadas con los hábitos, trabajo, etc.

Igualmente a la vista de los datos de evolución de los pacientes tratados por enfermedades oftalmológicas, así como el crecimiento de las terapias relacionadas con la rehabilitación visual, podemos entender que la prestación de servicios que faciliten una mejor calidad de vida a pacientes con discapacidades visuales, se han incrementado en los últimos años.



En definitiva nos encontramos con una población más envejecida y con una serie de servicios adaptados para facilitar la vida a los pacientes con problemas visuales severos.

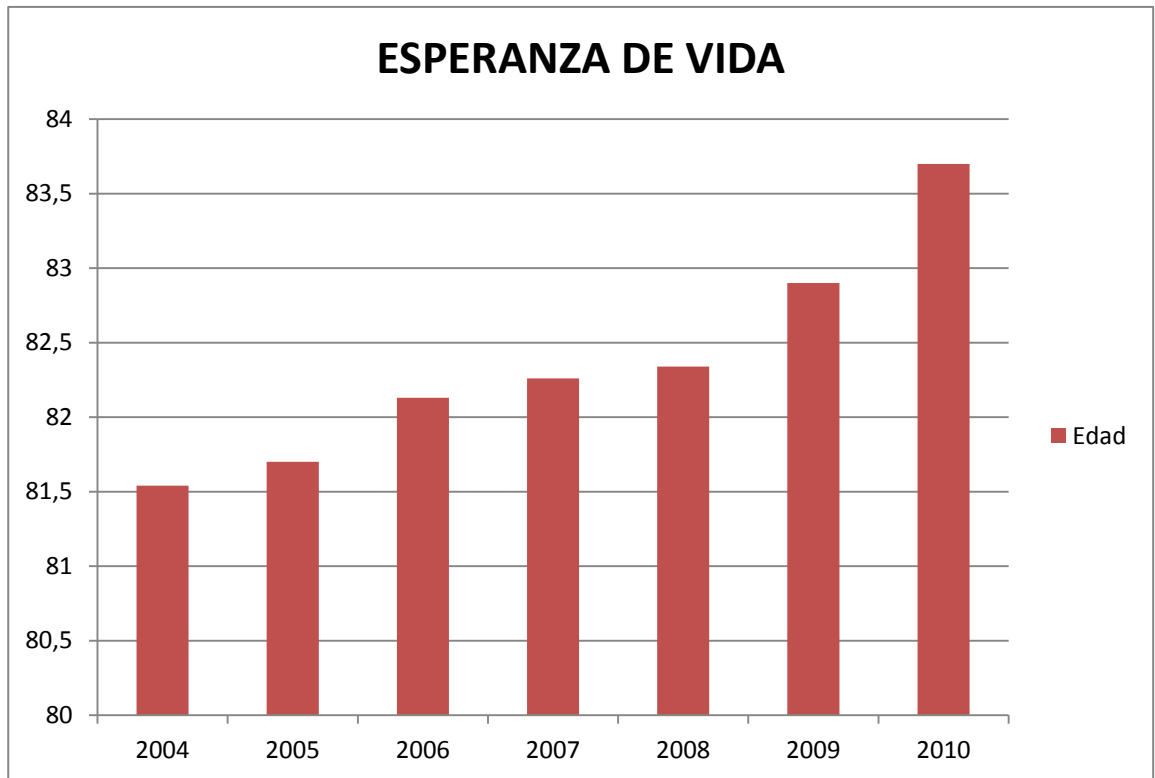


Gráfico 1: Esperanza de vida.
Fuente: INE. www.ine.es

Cómo podemos observar, los datos apuntan a un aumento de la esperanza de vida tanto para hombres como para mujeres, llegando a una edad de 83,7 años en 2010. Siendo más pronunciado en el caso de las mujeres, que llegan hasta los 86,5 años.

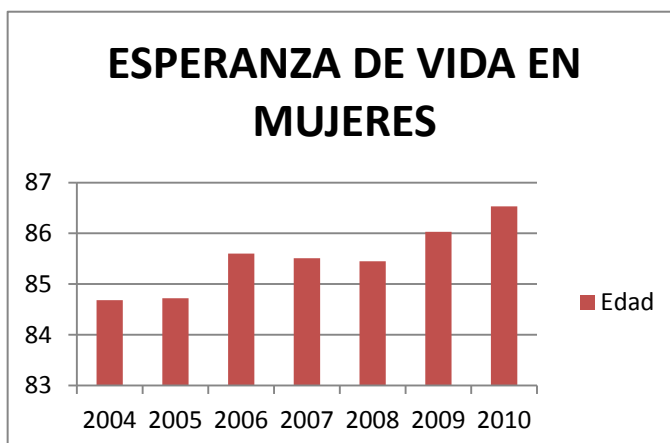


Gráfico 2 y 3: Esperanza de vida, mujeres y hombres
Fuente: INE. www.ine.es

Después de examinar los datos obtenidos se ve claramente que a pesar de que la esperanza de vida aumenta de forma general, las mujeres son las que tienen una esperanza de vida mayor.



Hay enfermedades degenerativas que parecen ser más frecuentes en mujeres que en hombres, como es la DMAE, aunque esto no está demostrado.

Una vez valorado el incremento de la esperanza de vida en estos años pasados, realizamos una proyección sobre la población que habrá en Navarra con edades comprendidas entre los 70-84 años, sin tener en cuenta ni la emigración ni la inmigración. Como podemos observar, la tendencia es de crecimiento positivo con un crecimiento casi exponencial.

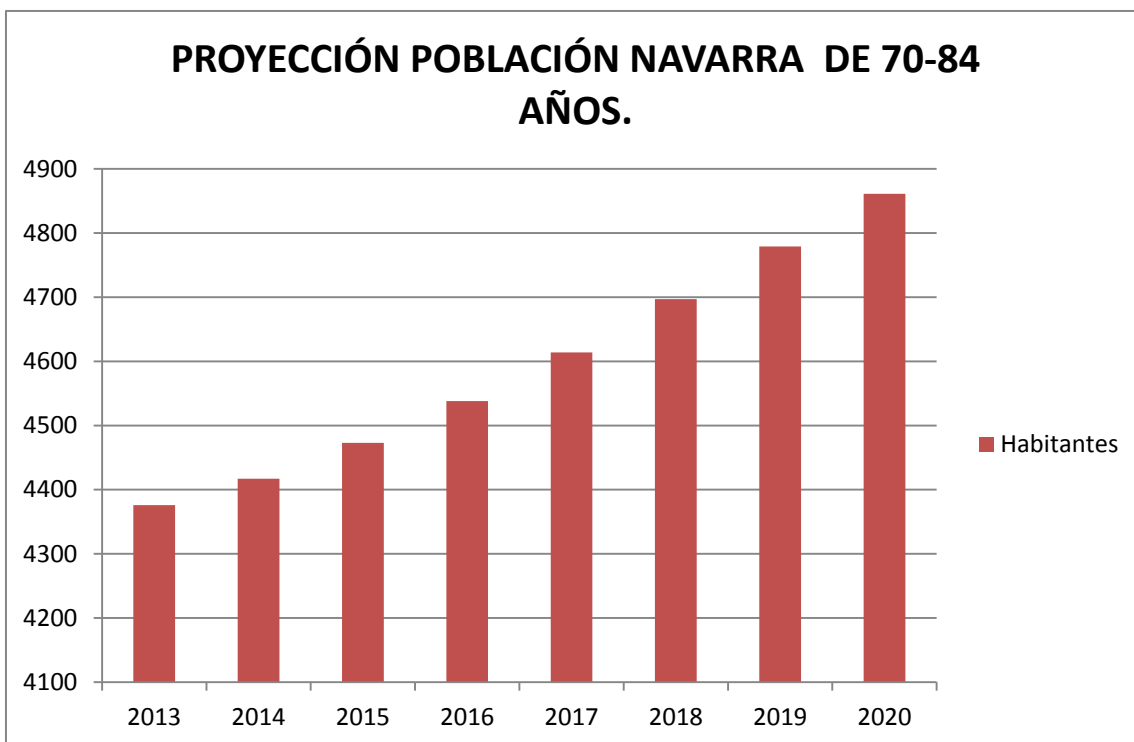


Gráfico 4: Proyección de la población Navarra de 70-84 años.
Fuente: INE. www.ine.es

En Navarra el crecimiento demográfico ha sido menor que en otras zonas de España, pasando de ser 307.669 en 1900 a 641.293 en 2011. La mayor parte de la población tiende a situarse en Pamplona, Barañain y Tudela. Y el resto, alrededor de un 18,5% en municipios de menos de 2.000 habitantes. Nosotros nos situamos en Pamplona a 5 minutos en coche de Barañain, las 2 zonas que mayor población reúnen.

Según la OMS, en su informe sobre salud en el mundo de 2008, aproximadamente 285 millones de personas en el mundo padecen discapacidad visual por una u otra causa, de las cuales 39 millones son ciegos (último dato recogido en 2011). El 90% del total son personas que viven en países en desarrollo, donde el mayor problema son las cataratas y los errores de refracción no corregidos.

También afirma que la discapacidad visual relacionada con la edad y la diabetes mal controlada están aumentando en los países desarrollados.



Cómo grupos de riesgo la OMS marca a las personas de 50 años o mayores, ya que el 65% de las personas con discapacidad visual son mayores de 50 años; estas personas representan un 20% de la población mundial total aunque con el creciente envejecimiento también se incrementa el número de personas que corren el riesgo de padecerla por causa asociada a la edad.

2.4.1 Impacto de la crisis económica en los servicios de rehabilitación visual

No debemos olvidar la crisis económica en la que nos encontramos. Sabemos que la rehabilitación en un paciente con discapacidad visual es fundamental para poder seguir realizando la actividad que limita dicho problema. A pesar de ello, la crisis puede afectar a nuestro servicio de rehabilitación.

- Pensando en las personas que están dispuestas a adquirir una ayuda óptica para poder alcanzar el objetivo propuesto, no tiene porque verse afectado el servicio de rehabilitación. Esto es debido a que si compran una ayuda y no son capaces de usarla el gasto económico es inútil. Por lo que estas personas pedirán un entrenamiento visual.
- En el caso de las personas mayores muy dependientes económicamente de sus familiares, puede verse disminuido el número de personas que quieran realizar el servicio. Sobre todo en los casos en los que esos familiares no encuentran la necesidad de ese ocio y no están dispuestos a perder tiempo.

Centrándonos en las personas que quieran realizar el servicio habrá que valorar su situación económica y tomar medidas para que se pueda realizar.

Una de las medidas que podemos tomar durante la crisis en personas que tengan una limitación económica es intentar espaciar el número de sesiones en nuestro servicio mandando tareas sencillas para avanzar entre sesiones. Intentando reducir así el número de sesiones imprescindibles.

También nos implicará buscar alternativas de ayudas tanto ópticas como no ópticas a la medida de las posibilidades económicas que disponga el cliente siempre y cuando siga permitiendo cumplir su objetivo, por ejemplo, si puede leer con una lupa convencional y también con una electrónica (si depende económicamente de alguien o no puede permitírselo), nos tendremos que centrar en enseñarle a usar con fluidez la lupa convencional que es más económica y cumple el objetivo a alcanzar igualmente.

En definitiva, aunque creemos, como plantearemos más adelante, que la evolución del número de nuestros pacientes será creciente, queremos basar nuestra actividad en un servicio de calidad compatible con la crisis, sobre todo al ser un servicio adicional de la óptica. Este servicio, lo basamos en lo podíamos llamar parámetros independientes de la crisis:

1. Adecuación recursos calidad de la prestación, no incrementando en exceso el número de pacientes en perjuicio de la calidad del servicio que nuestros recursos pueden prestar.



2. Adaptación a las posibilidades del paciente, tanto de su patología y capacidad visual, como coste de la terapia y ayudas visuales a su capacidad económica.

2.5 Otro mercados potenciales y posibilidades de nuestros servicios

Para conseguir que el servicio sea efectivo no es suficiente con la rehabilitación visual y revisiones complementarias a las del oftalmólogo. Para poder conseguir el éxito y una mejora en la persona rehabilitada es importante tener en cuenta también su estado emocional. Para ello deberemos tener una relación con psicólogos, trabajadores sociales que puedan ayudarles en su problema. Será necesaria una cooperación entre profesionales para crecer en el servicio.

- **Ópticas de nuestro entorno que no tiene este servicio:** Tenemos a nuestro alrededor 3 ópticas cercanas que no disponen de servicio de rehabilitación visual por lo que si se les presenta la situación no podrían tratarle y podrían derivarle.
- **Distribuidores de ayudas:** es conveniente trabajar con distintos distribuidores de ayudas para baja visión ya que puede haber diferencias entre productos que pueden ir mejor para unos casos u otros. Ellos mismos si les acude algún paciente a sus centros (en Madrid generalmente) de nuestra zona que no puedan desplazarse tienen en la base de datos que nosotros realizaríamos el servicio y lo podrían derivar.
- **Centros de día de ancianos y residencias de la tercera edad:** realizar visitas a centros de día de ancianos para dar información a las personas que acuden allí, sobre las posibles limitaciones que pueden presentárseles y la solución que existe.
- **Centros de psicología y asistencia social:** trabajaremos con un centro de psicología donde poder derivar a los pacientes que puedan necesitarlo y viceversa.

2.6 Cuadro descriptivo de puntos fuertes, débiles, oportunidades y amenazas.

La descripción de nuestros servicios y la situación de nuestro mercado, sobre todo el más cercano, tanto físicamente, como temporalmente, nos plantea una situación, tal y como se describe en el DAFO, favorable. Observamos, fortalezas claras, aparentemente, escasas amenazas, y debilidades moderadas, que pueden ser contrarrestadas por las oportunidades. Consideramos, estrategias de mercado ofensivas, y consolida nuestra intención de aprovechar las oportunidades a través de la constitución, de forma real, del servicio de Rehabilitación Visual, planteando objetivos realistas y moderados para los próximos años. Permitiendo así, coger experiencia y la necesaria capitalización, de cara al tercer año, definir objetivos más ambiciosos. Como segundo resultado, podemos destacar, seguir un cierto principio de prudencia, de tal forma que las expectativas de pacientes sean superadas y no podamos dar servicio con los recursos planteados para estos tres años.



<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los recursos humanos dedicados al servicio son limitados al complementar su tiempo con otras actividades. • El espacio físico donde se presta el servicio está supeditado al de la óptica. • La visibilidad del servicio, una vez en funcionamiento, pueda pasar desapercibido en relación a los servicios de óptica. 		<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el crecimiento de los servicios de rehabilitación visual crece exponencialmente puede haber un problema de desbordamiento por falta de recursos, sobre todo humanos. • La crisis económica puede afectar al uso de este tipo de servicios al poder ser entendidos de carácter no prioritario.
	<p>±</p> <p>✓ ✓</p>	
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somos un servicio complementario a aquellos que se prestan en la óptica. • Existen pacientes de la óptica a los que se les ha facilitado ayudas visuales y que pueden ser retenidos como clientes del servicio. • La óptica, con la que se comparten servicios ha sido capaz de incorporar la rehabilitación visual como respuesta a una demanda de sus pacientes. • El personal del servicio, conoce los servicios que presta y se forman para mejorar su capacitación. • El personal del servicio conoce el mercado donde se encuentran, el tipo de pacientes que pueden ser tratados y han tenido contacto con ellos. • Ya existe un equipamiento e infraestructuras iniciales tanto de instalaciones como de equipo técnico para prestar el servicio. • Existen pacientes de la óptica que pueden derivarnos sus hijos, mayores o familiares y amigos a nuestro servicio. • Existen relaciones con proveedores de ayudas visuales que les pueden interesar nuestros servicios. 		<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar cerca de centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. • No existen ningún otro centro, en el entorno cercano, que preste servicios de rehabilitación visual. • Otras ópticas pueden entender el servicio de rehabilitación visual que prestamos como posibilidad y derivarnos pacientes. • Los servicios de rehabilitación visual que se pueden prestar o se prestan, se han ido incorporando poco a poco como respuesta a una necesidad de los clientes. • Existe, en nuestro entorno próximo, una población envejecida, así como distintos centros de mayores. • Existe la posibilidad de colaborar con instituciones de apoyo a discapacitados, así como colegios e institutos en relación a campañas de difusión de la rehabilitación visual, o bien la firma de convenios para el desarrollo de actividades. • Al no existir otros servicios de rehabilitación visual en la zona, los proveedores de ayudas visuales pueden tener un trato diferencial con nuestro servicio.

Una vez planteado el análisis general de nuestro servicio tanto interno (debilidades y fortalezas) como externo (amenazas y oportunidades) pasamos a describir nuestro tipo de estrategia para llevar a cabo el servicio. Esta estrategia será defensiva, es decir, se basará en un crecimiento del servicio limitado y controlado para evitar un crecimiento excesivo y un posible desbordamiento del mismo, por lo que nunca



vamos a adoptar una estrategia agresiva ante el mercado. Vamos a basar nuestro crecimiento a nuestras posibilidades de recursos tanto materiales como humanos. Lo que ofreceremos es un trato especializado, personalizado además de cercano, pudiendo así conseguir un mantenimiento de los clientes del servicio o de la óptica para el servicio ya que es un trato diferenciador, que nos permitirá ir creciendo año a año dentro de nuestras previsiones de capacidad máxima del servicio. Con este trato más cercano y personalizado consideramos que marcaremos diferencia de otras posibles amenazas y ante la crisis ya que podemos conseguir personas que confíen en nosotros y se queden como fijas a nuestro servicio u óptica además de la ventaja de las recomendaciones.

El inicio del servicio será progresivo, como ya explicaremos más adelante, darnos a conocer y comenzar con un número asequible de pacientes, el cual aumentará en 3 años hasta alcanzar capacidad máxima del servicio adaptado a nuestro tiempo. Este servicio lo llevarán 2 profesionales, que se han especializado en la baja visión, realizando un trabajo coordinado y repartiéndose las responsabilidades entre las 2 profesionales.

Cómo método de mejora constante del servicio, entregaremos una encuesta de satisfacción a tanto a los pacientes como al familiar que le acompaña. Con esto podremos ir mejorando poco a poco nuestra atención y conseguir nuestro objetivo que es diferenciarnos por una atención cercana, mejorada, personalizada, etc...



3 Plan de Marketing

3.1 Estrategia comercial y objetivos a corto, medio y largo plazo

3.1.1 ¿Cuál es la capacidad actual de nuestro servicio?

Partiendo de que somos una óptica pequeña donde actualmente trabajamos el campo de la baja visión 2 profesionales. Los horarios para los servicios serán de 10:00 a 14:00 horas, pensando fundamentalmente en que nuestro mayor porcentaje de pacientes son personas mayores. De la misma forma, según las necesidades del paciente, si es niño o persona activa, se le proporcionará si fuera necesario el servicio en horario de tarde, debido a sus horarios de trabajo o escuela, gestionando de forma eficaz nuestro tiempo y recursos al ser un público objetivo que actualmente no supone ni el 20% de nuestros pacientes.

Cómo hemos especificado anteriormente el horario de rehabilitación será por la mañana pero no cubriremos todo el horario de las mañanas de los 2 profesionales, la razón será que la rehabilitación comenzará como un servicio complementario y especializado que ofrece la óptica y no como un servicio independiente a ella (por lo menos inicialmente), esto se verá reflejado en el volumen de pacientes máximo del servicio. Normalmente hay menor volumen de trabajo por las mañanas por lo que podremos organizar de forma más eficaz el tiempo disponible para poder realizar rehabilitación y primeras evaluaciones o revisiones de seguimiento de forma simultánea (en caso de coincidencia de horarios). Las sesiones (tanto de evaluación revisión y rehabilitación) serán de 45' a 1h, por lo que dispondremos de 4 posibles horas a ofrecer. Cómo he mencionado anteriormente no se emplearán todas las horas de los dos profesionales al servicio sino que podrán emplear un máximo de 3 horas (6 en total), ya que el resto del tiempo lo emplearán en la atención a las clientes que no presentan baja visión.

En el apartado 1.2 se explicaba qué objetivos formarán el servicio, con esto no quiere decir que a todos los pacientes se les realice todas las partes de rehabilitación, sino que dependerá de las necesidades de cada persona. Los objetivos que se deberán llevar a cabo a todos serán la evaluación inicial, la valoración de necesidad de servicios de otros profesionales, guía a los familiares y personas del entorno, fijación de objetivos, selección, prescripción y entrenamiento oportunos, terminando con la valoración final.

Dependiendo cuál sea el objetivo del paciente (si es desplazarse por exteriores, conseguir la autonomía en el cuidado personal, etc.) se realizará la valoración y el entrenamiento de orientación y movilidad o del cuidado personal y tareas domésticas.

En la tabla especificaremos nuestro número máximo de pacientes al mes según el número de horas que disponemos (6 horas/día), 36, de los que 16 son evaluaciones iniciales y finales, 9 son rehabilitaciones y 10 son familiares de los pacientes a los que hay que aconsejar y explicar. Estas tareas nos las dividiremos entre los 2 profesionales.

Tabla 3: Desglose de tiempo y recursos humanos necesarios para los servicios prestados:

Servicio prestado	Tiempo Minutos	Nº pacientes previstos mes	Número de profesionales necesarios por paciente	Total horas dedicados al mes
Valoración inicial	60'	13	1	13h.
Orientación y movilidad	300'	1	1	5h
Cuidado personal y tareas domésticas	240'	3	1	12h
Guía a los familiares o personas del entorno	30'	13	1	6,5h
Prescripción, selección y entrenamiento	240'	9	1	36h
Valoración final	60'	7	1	7h
Tiempo de dedicación a prestación de servicio:	930'	46	2	80h.
Tiempo disponible de profesionales al mes actualmente	Minutos al día	Número de días al mes	Número de profesionales	Total horas disponibles al mes
Profesionales y tiempo disponible	180'	20	2	120h

Como podemos apreciar en las tablas no cubrimos todas las horas de las que disponemos para el servicio por las mañanas, sino que he dejado una hora de cada profesional al día sin paciente. Esta hora será empleada en la preparación de las sesiones correspondientes (ejercicios, tareas, ayudas, etc.), búsqueda de información sobre novedades, posibles soluciones y ayudas que necesite el paciente, etc. En la tabla marca 120h al mes disponibles al servicio de las cuales se emplearán 80 en pacientes y otras 40 en las actividades especificadas anteriormente. Con esto dejamos tiempo suficiente para planificar y preparar de forma correcta las sesiones oportunas además de dejar cierta flexibilidad a la hora de poder ofrecer una sesión extra a un paciente del servicio.

Hemos planteado una media de 4 sesiones para los objetivos más comunes, leer, coser, etc. haciendo las sesiones una vez a la semana y recomendando tareas para seguir avanzando en casa. Como exámenes optométrico se hará el inicial y uno de seguimiento al terminar la rehabilitación y ya no es necesario el seguimiento hasta que pasase 1 año, el cliente notase algún cambio en la visión o duda o quisiera alcanzar algún otro objetivo.

En definitiva, podemos concluir que los pacientes máximos al año serán:

- Valoración inicial: 156 pacientes
- Orientación y movilidad: 12 pacientes
- Cuidado personal y tareas domésticas: 36 pacientes
- Guía a los familiares o personas del entorno: 156 pacientes.
- Prescripción, selección y entrenamiento: 108 personas
- Valoración final: 84 personas.



3.1.2 ¿Cuáles son nuestros objetivos en los próximos años?

Ahora que aproximadamente conocemos el número máximo de pacientes máximo que podemos atender al año, estableceremos los objetivos a conseguir en un plazo de 3 años.

Como primer paso durante el primer año lo más importante será dar a conocer el servicio dentro de nuestros 39 pacientes de baja visión a los que les hemos realizado valoraciones y prescripción de ayudas porque podrían estar interesados en el programa. A parte darnos a conocer, que la gente empiece a saber de la existencia del servicio y de sus posibilidades.

Tabla 4: Evolución de objetivos para los próximos 3 años:

Servicio prestado	Previsión de capacidad Equipo actual (Ver tabla 3)	Objetivos:		
		2012	2013	2014
Valoración inicial	156	39	60	156
Orientación y movilidad	12	3	6	12
Cuidado personal y tareas domésticas	36	7	15	36
Guía a los familiares o personas del entorno	156	39	60	156
Prescripción, selección y entrenamiento	108	30	60	108
Valoración final	84	30	60	84

Para esto sería importante recorrer alguna residencia de ancianos exponiendo el tema, realizar los exámenes optométricos iniciales (a los que refieran una mala visión para alguna tarea) y explicar, ofrecer y hacer una breve demostración de qué se hace en el servicio a pacientes nuevos. Esto nos serviría para que nos empiecen a conocer entre las personas afectadas y familiares. Estas personas, que generalmente son mayores, su círculo de conocidos son de edades parecidas por lo que también pueden tener baja visión. Como exponía en el punto 2.2, a lo largo del 2011 evaluamos a 39 pacientes de baja visión, este dato sería bueno, al menos mantenerlo durante este primer año. Aún así nuestra prioridad será que la gente sepa de la existencia y lo que proporciona porque se lo hemos mostrado y poder conseguir con el tiempo un aumento de pacientes.

Para el segundo año, el propósito será el servicio, es decir, intentar haber alcanzado alrededor de:

- Valoraciones iniciales: 60 pacientes.
- Orientación y movilidad: 6 pacientes.
- Cuidado personal y tareas domésticas: 15 pacientes.
- Guía a los familiares o personas del entorno: 60 pacientes.
- Prescripción, selección y entrenamiento: 60 personas.



- Valoración final: 60 personas.

Para el tercer año podemos establecer intentar alcanzar el número máximo de pacientes para nuestro servicio, según la capacidad de recursos y personal técnico actual (ver punto 3.1.1 y tabla 3), es decir:

- Valoración inicial: 156 pacientes.
- Orientación y movilidad: 12 pacientes.
- Cuidado personal y tareas domésticas: 36 pacientes.
- Guía a los familiares o personas del entorno: 156 pacientes.
- Prescripción, selección y entrenamiento: 108 personas.
- Valoración final: 84 personas.

Durante el inicio del servicio, la rehabilitación irá dirigida sobre todo a personas > 70 años. Esto es porque actualmente son el mayor número de clientes que tenemos y conocemos con baja visión y nos resultará más fácil obtener el éxito. Para final del tercer año, como parte del objetivo

además de intentar alcanzar el número máximo de pacientes será comenzar a ampliar la población a la que va dirigida el servicio dándonos a conocer para personas maduras en activo.

En la siguiente tabla indico el público objetivo que realiza la evaluación inicial y continúa con nuestro servicio de rehabilitación visual (no hace referencia a los familiares a los que se les ofrece el servicio de guía):

Tabla 5: Objetivos por tipo de pacientes para los próximos años:

Público Objetivo	2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	39		60		150	
Ancianos >70 años	39		60		156	
Personas maduras todavía en activo	0		0		3	
Jóvenes con deficiencias visuales	0		0		0	
Niños con deficiencias visuales	0		0		0	

3.2 Definición de acciones

En el apartado anterior cómo objetivo primordial del primer año del servicio hemos propuesto dar a conocer el nuevo servicio de rehabilitación visual. Para llevar a cabo dicho objetivo vamos a tener que usar diferentes estrategias como serán:



- **Informar a los actuales clientes de ayudas visuales de la óptica:** Llamar a todos los pacientes que teníamos de baja visión, a los que ya les habíamos prescrito ayudas, conforme les vaya tocando la revisión, en caso de tener un cambio o un nuevo objetivo a intentar cumplir, hablarles de nuestro nuevo servicio de entrenamiento visual del que se pueden comenzar a beneficiar.
- **Publicar un artículo en revistas del colegio de médicos y enfermeros:** Éste artículo será informativo sobre cómo afecta la baja visión a la vida diaria de una persona y la forma de conseguir una vida de mayor calidad de la misma a través de la rehabilitación visual para las personas que la padecen, qué ventajas y beneficios obtiene la persona y las personas de su entorno, etc. Para terminar concretaremos que nosotros realizamos dicho servicio en nuestra óptica. Esto lo publicamos en la revista del colegio de médicos y enfermeros de Navarra. Consiguiendo que todo el sector sanitario conozca nuestro nuevo servicio además estas revistas están en las salas de espera por lo que también las leen los pacientes.
- **Folletos informativos en la óptica:** Redactaremos un artículo divulgativo de información general de la baja visión (edades patologías, síntomas, etc. más frecuentes) y de las ayudas que ofrecemos para dichas personas. Al alcance de todos los clientes.
- **Afiliarnos a los centros distribuidores de ayudas de baja visión:** Hacerles saber que comenzamos nuestro servicio de rehabilitación. Tanto por si llama alguna óptica para informarse si existe ese servicio por su zona para algún caso que tengan como porque ellos además de distribuir suelen hacer rehabilitación y tener algún paciente de nuestra zona que le resulte más cómodo hacerlo con nosotros que desplazarse a otra ciudad o comunidad.

Centrándonos en el público objetivo prioritario para el inicio de nuestro servicio, los ancianos de más de 70 años, las acciones específicas que vamos a realizar serán las siguientes:

- **Campaña informativa en residencias de la zona:** Ofrecer una charla en los centros de día más próximos a nuestra óptica. En estas campañas se dará una charla para los trabajadores y directores a los que además facilitaremos el artículo técnico sobre la baja visión y rehabilitación visual. También se programará una charla con los familiares y pacientes que estén interesados. En este caso repartiremos el artículo divulgativo además de algún test que facilite valorar si puede tener baja visión y recomendar un examen visual en caso de que sea posible la afectación para poder poner solución.

Pensando en años posteriores, si bien, en algún caso, con objetivos a corto y medio plazo, hemos planteado acciones dirigidas al resto de públicos objetivos como:

- Dirigido a personas maduras en activo:



- **Información a personas en activo:** Empezar a informar y concienciar a los pacientes en activo, generalmente mayores de 45 años, con problemas visuales de los servicios que están a su disposición en el momento que empiece a ser necesaria la intervención. En ella repartiremos el artículo divulgativo y un cuestionario para que valoren si tienen alguna discapacidad ante alguna actividad.
- **Campaña de educación e información en empresas:** En la que concienciaremos a los trabajadores de realizar revisiones, sobre todo con antecedentes como puede ser glaucoma, además de realizar una charla sobre la igualdad de capacidades de las personas con discapacidad visual con las ayudas y las adaptaciones del puesto del trabajo oportunas. Se repartirá información a todos que la soliciten y estén interesados.
- Dirigido a jóvenes con deficiencias visuales:
 - **Campaña en institutos:** Conveniente realizar charlas en institutos para los padres sobre la posible afectación y síntomas más frecuentes observables en los niños con deficiencia visual, y de las alternativas que existen en el caso de que eso pasase. Además es recomendable concienciar a los niños de que estas personas son iguales que ellos pero que hay que seguir ciertas “normas” o modificaciones.
 - **Campaña en universidades:** La campaña va dirigida tanto a los profesores como a los distintos alumnos. Daremos una charla sobre la baja visión y las dificultades que provoca. Además de la integración y igualdad de capacidad de estas personas para la vida diaria (trabajos, estudios, relaciones, etc.). Además repartiremos los artículos divulgativos a todos los presentes y recomendaremos que ante cualquier duda o síntoma acudan a realizar una valoración previa.
- Dirigido a niños con deficiencias visuales:
 - **Información en la óptica a padres:** A aquellos pacientes que tengan hijos, sobre todo con algunos problemas o con posible enfermedad hereditaria. Deben saber que existen soluciones de rehabilitación visual aunque sean niños sin necesidad de esperar a ciertas edades, además de la importancia de detección y entrenamiento precoz.
 - **Información en colegios:** en una charla ofrecer información sobre la posible afectación de la baja visión en niños pequeños también, su evolución, desarrollo y alternativas como las ayudas y el entrenamiento visual. Las charlas irán dirigidas a los padres de los alumnos y a los maestros del centro. Dándoles todas las nociones tanto por sus hijos como por si chocan con algún caso ayuden a la integración, a

parte les repartiremos el artículo divulgativo. Por otro lado realizaremos una serie de pruebas con los niños para poder identificar si en el momento existen problemas de visión, campo visual, etc.

Tabla 6: Acciones de difusión por tipo de pacientes para los próximos años:

		2012	2013	2014
Público Objetivo	Acciones de difusión			
De carácter General				
	Informar a los actuales clientes de ayudas visuales de la óptica.	✓		
	Artículos sobre la rehabilitación visual en revistas especializadas	✓	✓	✓
	Artículo, entrevista sobre rehabilitación visual en medios locales		✓	✓
	Colocar información específica sobre rehabilitación visual.	✓	✓	✓
	Colocar información sobre ayudas visuales.	✓	✓	✓
	Informar a los proveedores de ayudas visuales	✓		
	Acuerdos con organizaciones especializadas en pacientes con discapacidad visual			✓
Ancianos >70 años				
	Informar a los clientes de la óptica de más de 70 años	✓	✓	✓
	Informar a los clientes de la óptica con mayores a su cargo	✓	✓	✓
	Informar sobre la rehabilitación visual en centros de mayores	✓	✓	✓
Personas maduras todavía en activo				
	Informar a los pacientes de la óptica mayores de 45 años		✓	✓
	Campañas de información a trabajadores de empresas y administraciones públicas del entorno			✓
Jóvenes con deficiencias visuales				
	Campañas de información en universidades.			✓
	Campañas de información en institutos.			✓
Niños con deficiencias visuales				
	Informar a los pacientes de la óptica que tengan niños.			✓
	Campañas de información en colegios.			✓

3.3 Herramientas de marketing

Como ya hemos explicado en el punto anterior, para conseguir dar a conocer nuestro nuevo servicio a la población vamos a emplear diferentes herramientas de marketing aunque principalmente van a predominar las de carácter informativo, por ser las más directas, económicas y que consideramos que mejor llegan al público interesado, pudiendo resolver preguntas o dudas al instante (sobre todo con públicos concretos).



Primero vamos a centrarnos en las herramientas utilizadas para conseguir llegar a un público general a través de medios de comunicación de carácter más global. Con ese fin para el desarrollo de las acciones antes definidas hemos diseñado las siguientes herramientas:

- **Artículo técnico sobre la rehabilitación visual:** Redactaremos un artículo técnico sobre la baja visión y rehabilitación visual para repartirlo a la gente que está a cargo de otro, es decir, personal de residencia, coordinadores de los colegios, etc. Por lo tanto tendremos que realizar las fotocopias oportunas según vayamos ampliando los lugares en los que vayamos a exponer la baja visión.
- **Artículo divulgativo sobre la rehabilitación visual:** Escribiremos un artículo que sea de carácter divulgativo. Este artículo lo usaremos como folleto informativo para los clientes de la óptica, así como para repartirlo en las diferentes campañas a las personas que acudan a las charlas informativas.
- **Guión para entrevista sobre la rehabilitación visual:** Propondremos un guión, a los directores de los centros, sobre posibles preguntas de interés o dudas más frecuentes que puedan surgir durante la charla para que se formulen, si los oyentes no las formulan y puedan quedar aclaradas en la misma de forma directa.
- **Publicación de artículo con nuestra publicidad en las revistas del colegio de médicos y del colegio de enfermeros:** Redactaremos un artículo que será la mezcla entre el artículo divulgativo y el técnico el cual, publicaremos en las revistas de los colegios de médicos y enfermeros en Pamplona. Este será un anuncio de la baja visión y de nuestra óptica como centro que proporciona ese servicio.

Para las campañas de difusión de carácter más específico así como información más concreta tanto de ayudas como de patologías o terapias, hemos definido los siguientes útiles:

- **Cartel sobre nuestra unidad de rehabilitación visual:** Cartel en tamaño A3 a cuatro colores, con imagen diferenciadora de la rehabilitación visual, un lema atractivo y definitorio de nuestros servicios e información sobre nuestra localización. El cartel tendrá tres versiones con imágenes alusivas a los públicos objetivos donde se visualice la aplicación de nuestros servicios a cada uno de ellos:
 - Con imagen de personas mayores.
 - Con imagen de personas maduras en activo.
 - Con imagen de niños.
- **Folleto de información general sobre la rehabilitación visual:** Cartulinas dobladas en 3 (a modo libro) en color, donde colocaremos una imagen diferenciadora de la rehabilitación visual para introducir el texto sobre la rehabilitación visual en el que también incluiremos otras 3 de menor tamaño, cada una con un tipo diferente de públicos (niño, adulto, anciano) realizando algún ejercicio de la rehabilitación.



- **Folleto sobre ayudas visuales:** De la misma manera que haremos el folleto sobre la rehabilitación visual será este. En este caso la imagen que introducirá al texto y seguirá al título será una foto general con diferentes ayudas ópticas y no ópticas que pueden ser necesarias para las personas, Después le irán acompañando distintas ayudas, electrónicas, lupas, filtros, etc.. por separado según las vayan nombrando el texto. Como máximo colocaremos 4 fotos más a la inicial en tamaño más reducido.
- **Folleto sobre patologías y terapias específicas de personas mayores:** Siguiendo el mismo formato esta vez introduciremos 3 fotos con diferentes tipos de visión según la patología que pueda tener una persona mayor. Después colocaremos una foto con varios señores contentos usando 3 ayudas diferentes. En total serán 4 imágenes a color.
- **Folleto sobre patologías y terapias específicas de niños:** Igual que en el folleto anterior vamos a introducir el texto con 2 imágenes de posibles afectaciones visuales que pueda padecer un niño. Después cuando hablemos de terapias la foto será de 3 niños diferentes trabajando con 3 ayudas diferentes.
- **Presentación gráfica sobre la rehabilitación visual:** La presentación gráfica la realizaremos con power point. De tal manera que pondremos textos cortos, breves, claros y grades acompañados de imágenes.
- **Convocatoria para la presentación de actos de difusión de nuestro servicio de rehabilitación visual:** Esta la realizaremos a través de carteles tamaño DIN-A3 en la que colocaremos 3 imágenes, una de ayudas, la segunda de una persona usando una ayuda (la cual variará según se trate de una convocatoria en una residencia, instituto, colegio o universidad) y otra de la persona con personas de su entorno realizando alguna actividad en conjunto. A estas imágenes le acompañará el texto de convocatoria al acto de difusión que se dará lugar en el centro, residencia, colegio, etc.

Para conseguir llegar a cada uno de los diferentes tipos de públicos usaremos Las herramientas de difusión que emplearemos para cada uno de los diferentes tipos de públicos:

- **Campañas de información en residencias de ancianos:** Para las campañas de información en residencias emplearemos carteles de convocatoria del acto para la convocatoria de la charla a los familiares y residentes. Además tendremos que tener preparados los artículos de carácter divulgativo para proporcionárselos durante la charla. Habremos realizado otra charla aparte con el personal del centro más técnica, en la que les repartiremos el artículo técnico sobre la rehabilitación visual, además del guión de posibles preguntas y dudas frecuentes e interesantes para que las formulen en la charla con las personas y pacientes en caso de que no sean formuladas.
- **Campañas de información en universidades:** Para las campañas en la universidad es el mismo protocolo que para la de la residencia de ancianos, pancartas de convocatoria por las diferentes universidades, fotocopias del artículo de divulgación para los alumnos,



padres, profesores, etc. además a los profesores repartiremos el artículo técnico sobre la rehabilitación visual.

- Campañas de información en colegios:** En los colegios colocaremos también carteles de convocatoria a la charla de la campaña pero además pediremos a los profesores que repartan un folleto informativo sobre la baja visión en niños para que estos entreguen en sus casas y se animen a acudir a la charla propuesta. Durante la charla también repartiremos el artículo divulgativo a los padres presentes. En caso de que haya algún niño integrado con discapacidad en el colegio entregaremos a la dirección del centro también el artículo técnico.

Hay que tener en cuenta que no se van a realizar todas a la vez, que irá progresivamente siguiendo nuestros objetivos marcados comentados en los puntos anteriores, comenzaremos por todos los que sirvan para todos los casos y después para empezar nos centraremos en los específicos para personas mayores, en años posteriores iremos añadiendo a los demás grupos de públicos.

En la siguiente tabla hemos realizado un cálculo aproximado de lo que nos pueden costar las herramientas de divulgación que vamos a emplear.

Tabla 7: Herramientas de difusión y públicos objetivos a los que van dirigidos:

Herramienta	Coste aproximado	Ancianos >70 años	Personas maduras todavía en activo	Jóvenes con deficiencias visuales	Niños con deficiencias visuales
Artículo técnico sobre la rehabilitación visual.	Sin coste	✓	✓	✓	✓
Artículo divulgativo sobre la rehabilitación visual.	Sin coste	✓	✓	✓	✓
Guión para entrevista sobre la rehabilitación visual.	Sin coste	✓	✓	✓	✓
Cartel sobre nuestra unidad de R-V	100 €	✓	✓	✓	✓
Folleto información general R-V	100 €	✓	✓	✓	✓
Folleto informativo de ayudas visuales	100 €	✓	✓	✓	✓
Folleto información sobre patología y terapias específicas en personas mayores	100 €	✓			
Folleto información patología y terapia niños	100 €			✓	✓
Presentación gráfica sobre R-V	Sin coste	✓	✓	✓	✓
Convocatoria para la presentación	Sin coste	✓	✓	✓	✓
Artículo con nuestro anuncio en revista del colegio de médicos.	500 €	✓	✓	✓	✓
Artículos con nuestro anuncio en revista del colegio de enfermeros.	500 €	✓	✓	✓	✓



4 Plan de recurso e Inversiones

Para conseguir que nuestro servicio funcione con éxito debemos incluir materiales, ayudas visuales (tanto para entrenamiento como para la venta al público) y equipos que nos supondrán una inversión. En los puntos siguientes detallamos los tipos de equipos, instalaciones y materiales y la inversión que nos supone cada uno de ellos.

4.1 Equipos e instalaciones

Como instalaciones emplearemos el gabinete de la óptica para la evaluación inicial y valoraciones finales, así como para la guía a familiares y personas del entorno.

Para la realización del entrenamiento visual, prescripción y selección de ayudas emplearemos el local que hemos nombrado en el punto 1.1. El módulo de orientación y movilidad se iniciará en este mismo local y después pasará a tener lugar en la calle. Con esto tendremos cubiertas todas las instalaciones necesarias para llevar a cabo nuestro servicio.

Estas instalaciones las tenemos actualmente ya alquiladas, ya que el gabinete pertenece al establecimiento de la óptica y el otro local lo tenemos alquilado por otro servicio que realizamos en horario de tardes. Por lo que no nos supone ninguna inversión extra al comenzar nuestro servicio de rehabilitación, sino que damos mayor uso a las instalaciones de las que ya disponemos en alquiler.

Teniendo en cuenta el uso compartido de las instalaciones, por un principio de prudencia, podemos considerar que la imputación al servicio de rehabilitación visual, del coste del alquiler de éstas supone un 50% del alquiler de los espacios utilizados, estableciendo este porcentaje en relación al que suponen las salas utilizadas para rehabilitación visual en relación al total del espacio alquilado, así como al porcentaje de tiempo que dedicamos este espacio a dichos servicios. Considerando, de esta forma un coste mensual de: 750€.

Como equipos serán necesarios todos los instrumentos ópticos que se encuentran en un gabinete para realizar la refracción y examen visual, en concreto:

- **Queratómetro:** Adquirido en el año 2008, facilita conocer el posible astigmatismo corneal en casos difíciles. Su uso es habitual en las personas con baja visión, esto es debido a las patologías que presentan, ya que suelen dificultar el resultado de alta fiabilidad de otros aparatos, por lo que supone un resultado complementario fácil y rápido. En estos casos es muy importante conseguir una correcta graduación para poder sacar el máximo partido del resto visual. Su importe económico fue de 2.000€ y tiene un bajo nivel de deterioro por el uso y mínimo mantenimiento, así como una baja obsolescencia tecnológica, pudiendo prolongar su vida útil hasta los 20 años.



- Retinoscopio:** Adquirido en el año 2005, es imprescindible para conseguir refraccionar a un paciente de baja visión. Nos proporciona una refracción objetiva del paciente que complementada con el valor obtenido del queratómetro (explicado anteriormente) tendremos una refracción casi exacta de la que partir en estos pacientes con patologías que nos dificultarían comenzar de otra forma. Su importe económico fue de 900€ y tiene un bajo nivel de deterioro y mínimo mantenimiento. Lo único que requiere es el cambio de batería cada 3 años, costando el recambio aproximadamente 50€.
- Oftalmoscopio:** Adquirido junto al retinoscopio, ya que van unidos y comparten el uso del mango con la batería, cambiando únicamente el cabezal. Nos proporciona una visión de la parte de la retina central (nervio y mácula) dónde generalmente se van a encontrar las patologías más frecuentes de nuestro servicio. El mantenimiento es el mismo que el del retinoscopio únicamente el cambio de batería y esta la comparten.
- Tonómetro de aire:** Adquirido en 2009, Nos indica el valor de la presión intraocular de la persona aproximado. Esto es importante ya que si nuestros pacientes están con tratamientos pueden elevarla provocando mayores daños en el nervio óptico, y como consecuencia en su resto visual. Es un aparato que costó 4.000€ que tiene mínimo mantenimiento, simplemente el recalibrado, y que tiene baja obsolescencia tecnológica, por lo que puede servirnos de 15-20 años.
- Lámpara de hendidura:** Adquirida en 1999, sirve para saber el estado de la parte anterior del ojo. Es imprescindible para el seguimiento, control y diagnóstico de daños oculares u opacidades que puedan ocasionar cambios en la visión del paciente. Sobre todo para pacientes con patología de polo anterior. Su coste fue de 3.000€, teniendo bajo coste de mantenimiento (la bombilla en caso de fundirse) si se utiliza de forma correcta, pudiendo llegar a ser útil aproximadamente 30 años.

Tabla 7: Recursos e inversiones:

Equipo	¿Para qué sirve?	Tipo de uso	Coste	Años A.	Estado de adquisición			
					Año Compra	2012	2013	2014
Queratómetro	Conocer el posible astigmatismo corneal de forma rápida y fácil.	Uso regular.	2.000 €	20	2008			
Retinoscopio	Refracción objetiva del paciente	Uso regular	900€	30	2005			
Oftalmoscopio	Ver el estado de la retina central del paciente.	Uso regular			2005			
Lámpara de hendidura	Conocer el estado de salud ocular del paciente.	Uso regular	3.000€	30	1999			
Tonómetro	Presión intraocular del paciente	Uso regular	4.000€	15-20	2009			

Todos los equipos que he nombrado como necesarios son equipos que de los que ya disponemos, por lo que no nos supone ningún desembolso inicial a lo referente a equipos.



Tampoco tenemos intención de aquí a un plazo de 3 años de ninguna nueva compra ya que de momento no creemos necesario para nuestro servicio la adquisición de un nuevo equipo.

4.2 Material y ayudas para pacientes

En el caso de los materiales y ayudas para los pacientes iremos ampliando nuestro repertorio también poco a poco y con la introducción, conforme avance el servicio, de los nuevos tipos de públicos a los que irá dirigido.

Para empezar como materiales necesarios para nuestro uso en el servicio tendremos los siguientes:

- **Test de fleim bloom:** Este es el test que utilizaremos para llevar a cabo la refracción en visión lejana del paciente. No nos supone ninguna inversión ya que disponemos de él.
- **Test de lectura:** Lo emplearemos para medir la agudeza visual del paciente en visión cercana. También nos servirá para la primera prueba de las ayudas al paciente, así sabremos si es capaz de llegar a nuestro objetivo de una forma rápida. Ya disponemos de él.
- **1 gafa de prueba :** Será la gafa con la que graduaremos a la persona y la que montaremos con la graduación precisa para el entrenamiento hasta que prescribamos la potencia definitiva de la gafa que necesite. Disponemos de ella.
- **2 atriles de diferentes características diferentes (uno vertical y otro a 45° de elevación):** Nos servirán para poder trabajar las diferentes lecturas, ya necesitemos menor inclinación por ser periódico o porque la visión lo permita o el otro más vertical porque precisemos de mayor comodidad a la hora de poder acercarse a la lectura.
- **Una caja de filtros de prueba:** Importante tener una caja de prueba con todos los diferentes filtros de absorción selectiva para probarlos en los pacientes de baja visión. Es imprescindible ya que nos servirán para todo tipo de patologías, ya sea por el deslumbramiento, contraste, protección de ultravioletas, etc. Disponemos de ella.
- **Un kit de costura:** Este kit estará formado por agujas llamadas de ciego, con ojal grandes, un enhebrador de agujas, hilos de diferentes colores, botones, etc. Son serán útiles para enseñar a enhebrar o a coser un botón, etc a personas que quieran volver a hacerlo. Disponemos del kit.
- **Bolígrafos edding 1200 y pilots:** Material para la escritura. Son los bolígrafos que mejor ven estas personas, por lo que serán recomendables para escribir algo para ellos, que puedan escribir y además mostrar qué deben usar. Disponemos de ellos.
- **1 lupa de cada aumento con iluminación:** Estas las usaremos para decidir qué aumento es el que necesita la persona, además de ser con las que entrenaremos en el servicio. Disponible
- **Flexo de iluminación:** Imprescindible para trabajar en visión próxima con pacientes de baja visión. Conseguimos una iluminación buena y constante del trabajo que estamos realizando.



Es una prescripción casi obligatoria al paciente por lo que tienen que acostumbrarse a ella desde el mismo entrenamiento. Disponible.

- **Cilindros cruzados de mayor potencia:** Generalmente se tienen en la óptica cilindros cruzados de baja diferencia de potencia. Para este tipo de pacientes debemos tener cilindros con mayor diferencia para que puedan apreciar el cambio. El costo que supone son 25€.
- **Rejilla de Amsler:** Sirve para el diagnóstico y valoración de la DMAE o degeneraciones en la zona de los 10º centrales de la mácula. Este no supone ningún coste ya que suelen regalarlo las casas. También te facilitan para poder repartirlos a los pacientes afectados para que se puedan controlar ellos en sus casas.
- **Bastón de movilidad:** Este lo añadiremos a nuestro material durante el 3º año de servicio cuando empecemos a trabajar con población adulta todavía en activo.

El stock de material que tendremos a nuestra disposición no será amplio y sobre todo lo formarán ayudas que no se puedan quedar obsoletas de forma rápida. Para el resto de ayudas una vez prescrita como ayuda definitiva se pedirá a la distribuidora para la venta de la misma. De esta forma evitamos que nos quedemos con ayudas que cambian constantemente y que tampoco nos sirvan para enseñar. En caso de que la ayuda que la persona necesitase no la tuviéramos y la quisiera ver y probar se puede solicitar para su muestra como envío condicional y devolver en caso de que no la quiera.

Resumiendo nuestro stock lo formará:

- 4 atriles (2 de cada tipo): Los cuales nos supondrá un importe de 100€ aproximadamente.
- 1 flexo de iluminación: El importe aproximado será de 60€
- 1 lupa de cada uno de estos aumentos 2x, 3x, 3,5x, 4x. con iluminación LED: El tener una lupa de cada aumento puede costarnos aproximadamente 200€ en total.
- 2 lupas de bolsillo son iluminación LED: 80€
- 1 lupa de cuello: 22€
- 1 lupa electrónica: Solo tendremos una, ya que quedan obsoletas en poco tiempo, por lo que así podremos ir renovando con nuevas cuando se lleven la del stock. Su costo rondará los 300€
- 2 lupas de campo claro (con iluminación y sin iluminación): 95€
- Lupa de crucigramas: 90€
- 1 baraja de cartas tamaño macrotipo: 10€

Este será el material para el inicio del servicio en el que nos dedicaremos principalmente a las personas mayores de 70 años, en los que los principales objetivos suelen ser lecturas puntuales, precios, teléfono, jugar a las cartas, lectura del periódico, etc. Conforme el servicio avance iremos incorporando nuevos materiales debido a que empezaremos a dirigirnos a personas maduras en activo. Por lo que incluiremos materiales como 1 programas de ordenador amplificador, bastón de movilidad, ayudas con salida a la televisión o al ordenador, etc.

Podemos estimar que el importe aproximado de stock que vamos a tener en 2012 y 2013 será aproximadamente de 960€. Esta inversión en stock aumentará en el 3º año de servicio aproximadamente a 1500€ cuando incluyamos algunas nuevas ayudas ya nombradas anteriormente.

Tabla 8: Recursos e inversiones:

	Estado de adquisición		
	2012	2013	2014
Material y ayudas para uso del servicio	960€	960 €	1.000 €
Material y ayudas para venta a pacientes.	960€	1.400 €	2.000 €

El aumento de la inversión que observamos en la tabla corresponde al incremento de pacientes que estimamos por año, este de todas formas seguirá intentando ser mínimo teniendo únicamente las ayudas más comunes para que no se queden obsoletas.

4.3 Recursos humanos

Los recursos humanos que vamos a tener dedicados al servicio van a ser fundamentalmente dos profesionales cualificados en la baja visión, ellos llevarán a cabo cada uno de los posibles módulos que ofrece el servicio. Las características más significativas de ellos para nuestro servicio son las siguientes:

Tabla 9: Perfil de los recursos humanos

	Formación	Experiencia	Asociaciones y colegios a las que pertenece
RRHH 1: Adoración C.	<ul style="list-style-type: none"> Óptico- Optometrista Cursos de formación continuada en baja visión: Valoración Funcional Cursos de formación continuada en baja visión sobre entrenamiento del resto visual. 	<ul style="list-style-type: none"> 9 Años realizando evaluaciones visuales en personas con baja visión y prescripción de ayudas para baja visión. 	<ul style="list-style-type: none"> Colegio nacional de ópticos-optometristas.
RRHH 2: Pilar M.	<ul style="list-style-type: none"> Óptico- Optometrista Cursos de formación continuada en baja visión: Valoración Funcional Cursos de formación continuada en baja visión sobre entrenamiento del resto visual. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 año realizando evaluaciones visuales en personas con baja visión y prescripción de ayudas para baja visión 	<ul style="list-style-type: none"> Colegio nacional de ópticos-optometristas.



5 Plan financiero, gastos e ingresos previstos a tres años

5.1 Descripción de gastos

Según la información recogida y expuesta en los apartados anteriores vamos a reflejar en el siguiente cuadro de gastos la descripción de la evolución del servicio para los próximos tres años según el impacto en gasto de las estrategias definidas para llevar a cabo el servicio.

2 Gastos							32.916,67	33.494,27	34.980,00	
2.1	Personal	Neto Mes	Nº Pagas	SS Empresa	% Beneficios	% Inc Anual	Nº Personas	19.380,00	19.539,60	19.700,80
	2.1.1 Sueldos y Salarios	570,00	14	25,00%	0%	1,00%	2	15.960,00	16.119,60	16.280,80
	2.1.2 Seguridad Social a cargo de la empresa o autónomos			142,50				3.420,00	3.420,00	3.420,00
2.2	Inversiones en Instalaciones y equipos	(No se prevén nuevas inversiones en los próximos tres años)						0,00	0,00	0,00
2.3	Amortización de instalaciones y equipos							496,67	496,67	496,67
	2.3.1 Queratómetro	2.000 €	20					100,00	100,00	100,00
	2.3.2 Retinoscopio \ Oftalmoscopio	900 €	30					30,00	30,00	30,00
	2.3.3 Lámpara de hendadura	3.000 €	30					100,00	100,00	100,00
	2.3.4 Tonómetro	4.000 €	15					266,67	266,67	266,67
2.4	Contratos de mantenimiento de instalaciones y equipos	(Inicialmente no vamos a aplicar contratos de mantenimiento)						0,00	0,00	0,00
2.5	Alquiler (El 50% de 1.500 al mes, alquiler total (750 x 12 meses))	Precio Alquiler (50% 1.500€):	750,00 €	Meses:	12			9.000,00	9.000,00	9.000,00
2.6	Material y ayudas visuales							1.920,00	2.360,00	3.000,00
	2.6.1 Material y ayudas para uso del servicio							960,00	960,00	1.000,00
	2.6.2 Material y ayudas para venta a pacientes.							960,00	1.400,00	2.000,00
2.7	Publicidad y Marketing							800,00	700,00	1.300,00
	2.7.1 Cartel sobre nuestra unidad de R-V							100,00		
	2.7.2 Folleto información general R-V							100,00		100,00
	2.7.3 Folleto informativo de ayudas visuales								100,00	
	2.7.4 Folleto información sobre patología y terapias específicas en personas mayores							100,00	100,00	100,00
	2.7.5 Folleto información patología y terapia niños									100,00
	2.7.6 Artículo con nuestro anuncio en revista del colegio de médicos.							500,00		500,00
	2.7.7 Artículos con nuestro anuncio en revista del colegio de enfermeros.								500,00	500,00
2.8	Gastos de suministros	Factura	Nº pagos año	% Incremento				1.320,00	1.398,00	1.482,54
	2.8.1 Luz	50 €	12	3,0%				600,00	618,00	636,54
	2.8.2 Agua	0 €	4	0,0%				0,00	0,00	0,00
	2.8.3 Teléfono e Internet	10 €	12	0,0%				120,00	120,00	120,00
	2.8.4 Fungible de oficina (Papel, tonner,...)	50 €	12	10,0%				600,00	660,00	726,00

Tabla 8: Previsión de gastos para los próximos tres años.

A continuación resumimos los conceptos fundamentales reflejados en el cuadro anterior:

- **Personal:** En la descripción de los recursos humanos disponibles, en los puntos 1.3, 3.1.1 y 4.3, establecemos la existencia de dos técnicos que trabajan aproximadamente algo menos de media jornada, 3 horas al día, para el servicio de rehabilitación visual.
- **Publicidad y marketing:** En la descripción sobre la publicidad y marketing para nuestro servicio, puntos 3.2 y 3.3, establecemos una estrategia principalmente de carácter informativo y divulgativo ya que consideramos que es la forma más directa y económica para nuestro presupuesto.
- **Alquiler de instalaciones:** En la descripción de alquileres de instalaciones, puntos 1.1 y 4.1, establecemos como tales, el gabinete (forma parte de la propia óptica) y un local que utilizaremos media jornada, 4 horas al día, para el servicio de rehabilitación visual.



- **Amortización de equipos:** En la descripción de la amortización de equipos, puntos 4.1 y 4.2, establecemos los equipos de los que precisamos para nuestro servicio, el mantenimiento que precisan (el cual es prácticamente nulo) y no precisamos de contrato de mantenimiento de equipos.
- **Gastos de suministros:** Referente a los gastos de suministros en el establecimiento utilizado para el servicio, reflejamos la mitad de los gastos del local, por su uso de media jornada, el teléfono será el mismo que la óptica y no disponemos de internet.

5.2 Descripción de ingresos y escenarios

Una vez que hemos recopilado, estudiado y expuesto el cuadro de gastos nos encontramos ante una situación en la que debemos plantear diferentes tipos de posibles escenarios para conseguir que nuestro servicio sea rentable llevarlo a cabo, ya que según lo planteado hasta ahora nos encontramos en un punto en el que no cubrimos los gastos. Debemos recordar, que es un servicio adicional, y supeditado, a la óptica, y una apuesta a medio plazo. Asumimos un periodo de viabilidad con el objeto de observar su evolución y tomar decisiones según resultados.

Con estas bases, definimos una serie de escenarios que permiten expresar en datos económicos las estrategias sobre número de pacientes y precios y valorar la más adecuada a medio plazo.

E)		2012	2013	2014	Resumen 3º año
E) 4 Mantener pacientes y precios los próximos tres años.	Resumen Financiero	-22.728,67	-14.754,27	3.060,00	-34.422,94
	Ingresos	10.188,00	18.740,00	38.040,00	
	Gastos	32.916,67	33.494,27	34.980,00	
E) 1 Mantener pacientes e incrementar progresivamente precios para equilibrar en	Resumen Financiero	-22.728,67	-11.768,67	13.809,60	-20.687,74
	Ingresos	10.188,00	21.725,60	48.789,60	
	Gastos	32.916,67	33.494,27	34.980,00	
E) 2 Incrementar pacientes y equilibrar precios en segundo y tercer año.	Resumen Financiero	-22.728,67	-3.634,47	34.647,20	8.284,06
	Ingresos	10.188,00	29.859,80	69.627,20	
	Gastos	32.916,67	33.494,27	34.980,00	
E) 3 Mantener precios e incrementar pacientes hasta equilibrio financiero en 2014.	Resumen Financiero	-22.728,67	-7.794,27	19.160,00	-11.362,94
	Ingresos	10.188,00	25.700,00	54.140,00	
	Gastos	32.916,67	33.494,27	34.980,00	
E) 5 Incrementar precios inicialmente, mantenimiento número de pacientes	Resumen Financiero	-19.748,67	-8.754,27	13.860,00	-14.642,94
	Ingresos	13.168,00	24.740,00	48.840,00	
	Gastos	32.916,67	33.494,27	34.980,00	
E) 6 Incrementar precios el primer año y el número de pacientes progresivamente.	Resumen Financiero	-19.748,67	565,73	34.720,00	15.537,06
	Ingresos	13.168,00	34.060,00	69.700,00	
	Gastos	32.916,67	33.494,27	34.980,00	

Tabla 9: Previsión de gastos para los próximos tres años.

En el cuadro anterior se pueden observar los diferentes escenarios con la variación en el resumen financiero que provocarían. A continuación vamos a valorar cada uno de estos escenarios por separado. Tabla 10: Previsión de gastos para los próximos tres años.

E) 1 Mantener pacientes e incrementar progresivamente precios para equilibrar en 2014.								2012	2013	2014
0 Resumen Financiero								-22.728,67	-11.768,67	13.809,60
								2012	2013	2014
1 Ingresos	Minutos servic	Precio 2012	2012	2013	2014	% Incremento		10.188,00	21.725,60	48.789,60
1.1 Valoración inicial	60	50	39	60	156	0,00%		1.950,00	3.000,00	7.800,00
1.2 Orientación y movilidad	300	150	3	6	12	33,40%		450,00	1.200,60	3.002,40
1.3 Cuidado personal y tareas domésticas	240	150	7	15	36	13,20%		1.050,00	2.547,00	6.825,60
1.4 Guía a los familiares o personas del entorno	30	30	39	60	156	0,00%		1.170,00	1.800,00	4.680,00
1.5 Prescripción, selección y entrenamiento	240	130	30	60	108	23,00%		3.900,00	9.594,00	20.498,40
1.6 Valoración final	60	30	30	60	84	33,00%		900,00	2.394,00	4.183,20
1.7 Venta ayudas visuales. (Ver 2.6.2)		% venta 2.6.2	80,00%	85,00%	90,00%			768,00	1.190,00	1.800,00
								2012	2013	2014
2 Gastos								32.916,67	33.494,27	34.980,00
								Resumen Ingresos - Gastos acumulado al tercer año: -20.687,74		

Incrementaríamos los precios paulatinamente manteniendo el número de pacientes, lo cual supondría llegar a 2014 con equilibrio financiero con posibilidad de incrementar el número de pacientes en los años siguientes.

Puntos positivos

Puntos negativos

- No maximizaríamos la capacidad de los recursos humanos permitiendo dedicar su tiempo a una mayor calidad de atención y acciones de difusión a los distintos públicos objetivos.

- Los pacientes pueden observar un incremento de precios excesivo año a año.

		Tiempo dedicado a consulta de paciente			
		Capacidad Máxima	2012	2013	2014
Precios			17,5%	33,3%	66,3%
2013	2014	Minutos totales	86.400	15.090	28.800
50	50	Meses:	12	2.340	3.600
200	250	Días Mes:	20	900	1.800
170	190	Horas día	3	1.680	3.600
30	30	Minutos Hora:	60	1.170	1.800
160	190	Personas:	2	7.200	14.400
40	50			1.800	3.600
					5.040

Tabla 10: Escenario 1: Mantener pacientes e incrementar progresivamente precios para equilibrar en 2014.

E) 2 Incrementar pacientes y equilibrar precios en segundo y tercer año.

							2012	2013	2014
0 Resumen Financiero							-22.728,67	-3.634,47	34.647,20
% Incremento del número de pacientes sobre aquel descrito para ese año en el escenario 1):									
							2012	2013	2014
1 Ingresos	Minutos servir.	Precio 2012	2012	2013	2014	% Incremento	10.188,00	29.859,80	69.627,20
1.1 Valoración inicial	60	50	39	84	226	0,00%	1.950,00	4.200,00	11.300,00
1.2 Orientación y movilidad	300	150	3	8	17	33,40%	450,00	1.600,80	4.253,40
1.3 Cuidado personal y tareas domésticas	240	150	7	21	52	13,20%	1.050,00	3.565,80	9.859,20
1.4 Guía a los familiares o personas del entorno	30	30	39	84	226	0,00%	1.170,00	2.520,00	6.780,00
1.5 Prescripción, selección y entrenamiento	240	130	30	84	156	23,00%	3.900,00	13.431,60	29.608,80
1.6 Valoración final	60	30	30	84	121	33,00%	900,00	3.351,60	6.025,80
1.7 Venta ayudas visuales. (Ver 2.6.2)		% venta 2.6.2	80,00%	85,00%	90,00%		768,00	1.190,00	1.800,00
							2012	2013	2014
2 Gastos							32.916,67	33.494,27	34.980,00

Resumen Ingresos - Gastos acumulado al tercer año: **8.284,06**

Incrementaríamos el número de pacientes para el segundo y tercer año de servicio manteniendo un equilibrio en los precios de nuestros servicios. Esto supondría llegar a 2014 con equilibrio financiero con posibilidad de incrementar levemente los precios en los años siguientes.

		Tiempo dedicado a consulta de paciente				
		Capacidad Máxima	2012	2013	2014	
Precios			17,5%	46,5%	95,6%	
2013	2014	Minutos totales	86.400	15.090	40.200	82.620
50	50	Meses:	12	2.340	5.040	13.560
200	250	Días Mes:	20	900	2.400	5.100
170	190	Horas día	3	1.680	5.040	12.480
30	30	Minutos Hora:	60	1.170	2.520	6.780
160	190	Personas:	2	7.200	20.160	37.440
40	50			1.800	5.040	7.260

Puntos positivos

Puntos negativos

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes pueden estar contentos a no haber subida apreciable en los precios del servicio. • No ocuparíamos el 100% de nuestra ocupación a pesar del incremento. | <ul style="list-style-type: none"> • El fuerte incremento de pacientes conlleva una dedicación a pacientes del 95% de nuestro tiempo, ocupando el tiempo que habíamos dejado para mejorar nuestros servicios. • Podríamos perder nuestra intención de diferenciarnos por nuestra calidad de servicio por incrementar tanto el número de pacientes. |
|---|--|

Tabla 11: Escenario 2: Incrementar pacientes y equilibrar precios en segundo y tercer año.

E) 3 Mantener precios e incrementar pacientes hasta equilibrio financiero en 2014.

								2012	2013	2014
0 Resumen Financiero								-22.728,67	-7.794,27	19.160,00
% Incremento del número de pacientes sobre aquel descrito para ese año en el escenario 1):										
								2012	2013	2014
1 Ingresos	Minutos servic.	Precio 2012	2012	2013	2014	% Incremento	10.188,00	25.700,00	54.140,00	
1.1 Valoración inicial	60	50	39	84	226	0,00%	1.950,00	4.200,00	11.300,00	
1.2 Orientación y movilidad	300	150	3	8	17	0,00%	450,00	1.200,00	2.550,00	
1.3 Cuidado personal y tareas domésticas	240	150	7	21	52	0,00%	1.050,00	3.150,00	7.800,00	
1.4 Guía a los familiares o personas del entorno	30	30	39	84	226	0,00%	1.170,00	2.520,00	6.780,00	
1.5 Prescripción, selección y entrenamiento	240	130	30	84	156	0,00%	3.900,00	10.920,00	20.280,00	
1.6 Valoración final	60	30	30	84	121	0,00%	900,00	2.520,00	3.630,00	
1.7 Venta ayudas visuales. (Ver 2.6.2)		% venta 2.6.2	80,00%	85,00%	90,00%		768,00	1.190,00	1.800,00	
								2012	2013	2014
2 Gastos								32.916,67	33.494,27	34.980,00
								Resumen Ingresos - Gastos acumulado al tercer año: -11.362,94		

Incrementaríamos el número de pacientes, mientras mantenemos los precios del servicio, paulatinamente hasta conseguir llegar en el 2014 al equilibrio financiero. Esto dejaría margen en caso que fuera necesario más adelante de incrementar los precios e incluir una subida de pacientes.

		Tiempo dedicado a consulta de paciente				
		Capacidad Máxima	2012	2013	2014	
Precios			17,5%	46,5%	95,6%	
2013	2014	Minutos totales	86.400	15.090	40.200	82.620
50	50	Meses:	12	2.340	5.040	13.560
150	150	Días Mes:	20	900	2.400	5.100
150	150	Horas día	3	1.680	5.040	12.480
30	30	Minutos Hora:	60	1.170	2.520	6.780
130	130	Personas:	2	7.200	20.160	37.440
30	30			1.800	5.040	7.260

Puntos positivos

Puntos negativos

- Los pacientes no tienen subida de precios en los servicios en 3 años.
- El aumento de pacientes es de forma paulatina a partir del primer año.
- No ocuparíamos el 100% de nuestra ocupación a pesar del incremento.
- Con el incremento tan grande de pacientes sólo conseguiríamos un equilibrio financiero.

Tabla 12: Escenario 3: Mantener precios e incrementar pacientes hasta equilibrio financiero en 2014.

E) 4 Mantener pacientes y precios los próximos tres años.

								2012	2013	2014
0 Resumen Financiero								-22.728,67	-14.754,27	3.060,00
								2012	2013	2014
1 Ingresos	Minutos servic	Precio 2012	2012	2013	2014	% Incremento	10.188,00	18.740,00	38.040,00	
1.1	Valoración inicial	60	50	39	60	156	0,00%	1.950,00	3.000,00	7.800,00
1.2	Orientación y movilidad	300	150	3	6	12	0,00%	450,00	900,00	1.800,00
1.3	Cuidado personal y tareas domésticas	240	150	7	15	36	0,00%	1.050,00	2.250,00	5.400,00
1.4	Guía a los familiares o personas del entorno	30	30	39	60	156	0,00%	1.170,00	1.800,00	4.680,00
1.5	Prescripción, selección y entrenamiento	240	130	30	60	108	0,00%	3.900,00	7.800,00	14.040,00
1.6	Valoración final	60	30	30	60	84	0,00%	900,00	1.800,00	2.520,00
1.7	Venta ayudas visuales. (Ver 2.6.2)	% venta 2.6.2	80,00%	85,00%	90,00%			768,00	1.190,00	1.800,00
								2012	2013	2014
2 Gastos								32.916,67	33.494,27	34.980,00
								Resumen Ingresos - Gastos acumulado al tercer año: -34.422,94		

Manteniendo los precios y el número de pacientes en los primeros 3 años de servicio no nos llevaría al equilibrio económico. Por lo que al final del tercer año seguiríamos con pérdidas en el servicio.

Puntos positivos

Puntos negativos

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • El servicio sería más personalizado, mejor planeado, más estudiado que en los casos de aumento brusco de pacientes. • Los pacientes no tendrían una subida en los costes de los servicios. | <ul style="list-style-type: none"> • Es difícil mantener un servicio que no alcanza un equilibrio financiero a medio plazo. |
|---|--|

		Tiempo dedicado a consulta de paciente				
		Capacidad Máxima	2012	2013	2014	
Precios			17,5%	33,3%	66,3%	
2013	2014	Minutos totales	86.400	15.090	28.800	57.240
50	50	Meses:	12	2.340	3.600	9.360
150	150	Días Mes:	20	900	1.800	3.600
150	150	Horas día	3	1.680	3.600	8.640
30	30	Minutos Hora:	60	1.170	1.800	4.680
130	130	Personas:	2	7.200	14.400	25.920
30	30			1.800	3.600	5.040

Tabla 13: Escenario 4: Mantener pacientes y precios los próximos tres años.

E) 5 Incrementar precios inicialmente, mantenimiento número de pacientes

								2012	2013	2014
0 Resumen Financiero								-19.748,67	-8.754,27	13.860,00
								2012	2013	2014
1 Ingresos	Minutos servit	Precio 2012	2012	2013	2014	% Incremento	13.168,00	24.740,00	48.840,00	
1.1 Valoración inicial	60	50	39	60	156	0,00%	1.950,00	3.000,00	7.800,00	
1.2 Orientación y movilidad	300	250	3	6	12	0,00%	750,00	1.500,00	3.000,00	
1.3 Cuidado personal y tareas domésticas	240	190	7	15	36	0,00%	1.330,00	2.850,00	6.840,00	
1.4 Guía a los familiares o personas del entorno	30	30	39	60	156	0,00%	1.170,00	1.800,00	4.680,00	
1.5 Prescripción, selección y entrenamiento	240	190	30	60	108	0,00%	5.700,00	11.400,00	20.520,00	
1.6 Valoración final	60	50	30	60	84	0,00%	1.500,00	3.000,00	4.200,00	
1.7 Venta ayudas visuales. (Ver 2.6.2)	% venta 2.6.2		80,00%	85,00%	90,00%		768,00	1.190,00	1.800,00	
								2012	2013	2014
2 Gastos								32.916,67	33.494,27	34.980,00
								Resumen Ingresos - Gastos acumulado al tercer año: -14.642,94		

Haciendo una revisión de los precios iniciales y incrementándolos el primer año de servicio, nos permite llegar en 2014 al equilibrio económico sin necesidad de haber incrementado pacientes, por lo que nos queda libre esa opción si fuera necesaria.

		Tiempo dedicado a consulta de paciente				
		Capacidad Máxima	2012	2013	2014	
Precios			17,5%	33,3%	66,3%	
2013	2014	Minutos totales	86.400	15.090	28.800	57.240
50	50	Meses:	12	2.340	3.600	9.360
250	250	Días Mes:	20	900	1.800	3.600
190	190	Horas día	3	1.680	3.600	8.640
30	30	Minutos Hora:	60	1.170	1.800	4.680
190	190	Personas:	2	7.200	14.400	25.920
50	50			1.800	3.600	5.040

Puntos positivos

Puntos negativos

- Podremos tener mayor preparación del servicio manteniendo el número de pacientes.
- Los pacientes no tendrían una subida en los costes de los servicios ya que se revisarían éstos desde un primer momento.
- Únicamente nos permite alcanzar el equilibrio económico a los 3 años de servicio.

Tabla 14: Escenario 5: Incrementar precios inicialmente, manteniendo el número de pacientes.

6 Incrementar precios el primer año y el número de pacientes progresivamente.

							2012	2013	2014
Resumen Financiero							-19.748,67	565,73	34.720,00
% Incremento del número de pacientes sobre aquel descrito para ese año en el escenario 1):							40%	45%	
							2012	2013	2014
Ingresos	Minutos servic	Precio 2012	2012	2013	2014	% Incremento	13.168,00	34.060,00	69.700,00
1.1 Valoración inicial	60	50	39	84	226	0,00%	1.950,00	4.200,00	11.300,00
1.2 Orientación y movilidad	300	250	3	8	17	0,00%	750,00	2.000,00	4.250,00
1.3 Cuidado personal y tareas domésticas	240	190	7	21	52	0,00%	1.330,00	3.990,00	9.880,00
1.4 Guía a los familiares o personas del entorno	30	30	39	84	226	0,00%	1.170,00	2.520,00	6.780,00
1.5 Prescripción, selección y entrenamiento	240	190	30	84	156	0,00%	5.700,00	15.960,00	29.640,00
1.6 Valoración final	60	50	30	84	121	0,00%	1.500,00	4.200,00	6.050,00
1.7 Venta ayudas visuales. (Ver 2.6.2)		% venta 2.6.2	80,00%	85,00%	90,00%		768,00	1.190,00	1.800,00
							2012	2013	2014
Gastos							32.916,67	33.494,27	34.980,00
							Resumen Ingresos - Gastos acumulado al tercer año: 15.537,06		

Incrementando tanto los precios, el primer año, y el número de pacientes progresivamente, obtenemos en 2014 un equilibrio económico positivo.

Puntos positivos

Puntos negativos

- Los pacientes no tendrían una subida en los costes de los servicios ya que se revisarían éstos desde un primer momento.
- No ocuparíamos el 100% de nuestra ocupación a pesar del incremento.
- El precio inicial del servicio es un poco mayor del pensado inicialmente.
- El fuerte incremento de pacientes conlleva una dedicación a pacientes del 95% de nuestro tiempo, ocupando tiempo que habíamos dejado para mejorar nuestros servicios.

		Tiempo dedicado a consulta de paciente				
		Capacidad Máxima	2012	2013	2014	
Precios			17,5%	46,5%	95,6%	
2013	2014	Minutos totales	86.400	15.090	40.200	82.620
50	50	Meses:	12	2.340	5.040	13.560
250	250	Días Mes:	20	900	2.400	5.100
190	190	Horas día	3	1.680	5.040	12.480
30	30	Minutos Hora:	60	1.170	2.520	6.780
190	190	Personas:	2	7.200	20.160	37.440
50	50			1.800	5.040	7.260

Tabla 15: Escenario 6: Incrementar precios inicialmente y el número de pacientes progresivamente.

5.3 Viabilidad financiera a tres años.

Una vez hemos expuesto todos los posibles escenarios para nuestro servicio, valorando una simulación económica del mismo dentro de tres años del inicio, consideramos como posibles estrategias el escenario 2 y 6. Con ambos conseguimos el equilibrio económico en el tercer año de servicio, sin embargo, el escenario 6 es más agresivo desde el inicio del mismo, tanto en incremento de pacientes como en precios, por esta razón elegiremos el escenario 2 como estrategia. Este escenario implica un incremento del número de pacientes y equilibrio de los precios a lo largo de los 3 años. Siguiendo este escenario obtenemos menor margen de ganancias, pero durante el tiempo de crisis económica creemos conveniente tener menor



margen y conseguir el despegue del servicio dejándonos como posibilidad la subida de precio en un futuro.

Inicialmente habíamos planteado un número máximo de la capacidad de nuestro servicio pero ésta no ocupaba el 100% sino el 66,3% de nuestro tiempo dedicado al paciente (siendo el resto para preparación y mejora del sistema). Sin embargo, el llevar a cabo la estrategia elegida nos suponer un incremento progresivo de pacientes que va a aumentar nuestro tiempo dedicado al paciente hasta un máximo del 95% del tiempo. El tiempo restante es el empleado para la planificación y mantenimiento del servicio.

E) 2 Incrementar pacientes y equilibrar precios en segundo y tercer año.	2012	2013	2014	
Resumen Financiero	-22.728,67	-3.634,47	34.647,20	8.284,06
Ingresos	10.188,00	29.859,80	69.627,20	
Gastos	32.916,67	33.494,27	34.980,00	

Tabla 17: Previsión de ingresos gastos para los próximos tres años, escenario 2.

Como hemos explicado anteriormente este escenario es el menos agresivo, tanto en precios como en número de pacientes, que nos permite alcanzar el equilibrio financiero en el tercer año introduciendo precios más atractivos para facilitar la puesta en marcha del servicio, permitiéndonos incrementar estos según veamos la evolución del mercado.

En cualquiera de los casos, el planteamiento, objetivos tanto de ingresos como planificación de gastos, se revisará de forma trimestral con un informe de seguimiento de la actividad, así como un informe de resultados anuales y el diseño de la planificación y presupuestos para el siguiente año.



Anexo 1 Bibliografía

- Luis Muñiz. Guía práctica para mejorar un plan de negocio. Barcelona. Profit editorial. 2010
- Joan Rojas Graell. El plan de viabilidad: guía práctica para su elaboración y negociación. Barcelona. Profit editorial. 2010.
- ECOO. Documento de posición oficial baja visión. Marzo 2011.
- Jose María Veciana. La creación de empresas. Barcelona. .J.J. Serveis d' informàtica S.L. 2005
- Antonio Francés. Estrategia y planes para la empresa: Cuadro de mando integrál. México. Pearson Educación. 2006.
- Francisco José González Domínguez. Creación de empresas. Edición pirámide. España. 2006.
- Luis Muñiz. Planes de negocios y estudios de viabilidad. Profit editorial. Barcelona. 2010.
- Montserrat Ollé y Marcel Planellas. El plan de empresa: cómo planificar la creación de una empresa. Editorial Marcombo. Barcelona. 2007.
- Félix Velasco. Aprender a elaborar un plan de negocios. Editorial Paidós Iberica. Barcelona. 2007.
- Rafael Alcaraz Rodríguez. El emprendedor de éxito, guía de planes de negocios. McGraw Hill. México, 2001.
- Reflexiones sobre la utilidad del plan de empresa (II): ¿para qué sirve y para quienes puede ser útil? Iniciativa Emprendedora, Nº.4, Mayo-Junio 1997, p.17-21.
- Craig S. Rice. Planeación estratégica para la pequeña y mediana empresa. Editorial Patria, S.A. DE C.V. Sello PROMEXA. 1993. México.
- Thompon-Strickland. Dirección y administración Estratégicas. Editorial Mcgraw-hill. 1994. México, D.F.

Anexo 2 Planes de empresa

- Plan de empresa ejemplo plantilla del I concurso de empresarios universitarios
- Cámara Navarra, plantilla para elaboración plan de viabilidad de empresa
- Plan de empresa ejemplo I “kiosco de prensa: El pregonero”. Manuel López Núñez.
- Modelo plan de negocio “Tienda de conveniencia”. Bic Galicia.
- Resumen plan de negocio. CEEI Galicia, S.A.

Anexo 3 Recursos web

- Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es
- Organización Mundial de la Salud. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/index.html
- Planes de Negocios. www.plannegocios.com/plan_negocios/planes_escritos



- Planes de negocios. www.empredertodos.com.ar/guia/plandenegocios.pdf
- PYME'S. <http://www.infomipyme.com/Docs/GT/Offline/inicioempresa/PDPP.htm>
- PYME'S juego simulación: <http://servicios.ipyme.org/simulador/intro.htm>
- Blog emprendedores: www.blog-emprendedor.info/