



UGR | Universidad
de Granada



MÁSTER UNIVERSITARIO EN TECNOLOGÍAS PARA LA INVESTIGACIÓN DE MERCADOS Y MARKETING

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ADAPTACIONES DE LAS FARMACIAS COMUNITARIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA: UN ESTUDIO EMPÍRICO EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

Autor

D. Álvaro Carrillo Sánchez

Tutor

D. José Aguado Romero



Ceuta, septiembre de 2022

Resumen

INTRODUCCIÓN: el presente trabajo aborda las nuevas estrategias que las farmacias comunitarias pusieron en marcha a raíz de la pandemia, propiciando un cambio paradigmático del sector. En el estudio del fenómeno, se identifican los principales cambios experimentados y se describen las medidas adoptadas. Para ello, se realiza una revisión documental y un estudio empírico.

OBJETIVO: explorar la incidencia de la pandemia sobre el sector farmacéutico, identificar las adaptaciones estructurales y organizativas en respuesta y analizar empíricamente el fenómeno en las farmacias comunitarias de Ceuta.

MÉTODO: muestreo no probabilístico intencional (n = 71 profesionales de las 24 farmacias comunitarias de Ceuta). Metodología analítica y participativa de encuesta. Aplicación de un cuestionario creado para la ocasión. Diseño cuantitativo, transversal y cuasi-experimental. Análisis estadísticos métricos, descriptivos y comparativos.

RESULTADOS: las farmacias ceutíes han visto afectados sus servicios esenciales, complementarios y colaborativos. En respuesta, han realizado adaptaciones organizativas para prevenir el contagio, hacer reajustes de personal, variar las políticas sobre los productos y potenciar la digitalización. También se modificaron los servicios de atención al cliente y las estrategias de venta y marketing. Si bien hay alto consenso entre los encuestados, se han hallado diferencias significativas de opinión dependiendo del sexo, nivel formativo, grupo cultural, zona de la ciudad y puesto ocupado. Por último, el cuestionario empleado evidencia una buena fiabilidad total.

PALABRAS CLAVE: pandemia, farmacias, afectaciones, adaptaciones, servicios.

Abstract

INTRODUCTION: This paper addresses the new strategies that community pharmacies implemented in the wake of the pandemic, leading to a paradigm shift in the sector. The study of the phenomenon identifies the main changes experienced and describes the measures adopted. To this end, a documentary review and an empirical study are carried out.

OBJECTIVE: to explore the impact of the pandemic on the pharmaceutical sector, identify the structural and organisational adaptations in response and empirically analyse the phenomenon in community pharmacies in Ceuta.

METHOD: non-probabilistic purposive sampling (n = 71 professionals from 24 community pharmacies in Ceuta). Analytical and participatory survey methodology. Application of a questionnaire created for the occasion. Quantitative, cross-sectional and quasi-experimental design. Metric, descriptive and comparative statistical analysis.

RESULTS: pharmacies in Ceuta have seen their essential, complementary and collaborative services affected. In response, they have made organisational adaptations to prevent contagion, make staffing adjustments, vary product policies and enhance digitalisation. Customer services, sales and marketing strategies were also modified. Although there is a high degree of consensus among respondents, significant differences of opinion were found depending on gender, educational level, cultural group, area of the city and position held. Finally, the questionnaire used shows a good overall reliability.

KEY WORDS: pandemic, pharmacies, effects, adaptations, services.

Índice

1. Introducción.....	7
2. Marco teórico.....	8
2.1. Revisión de la literatura.....	8
2.1.1. Criterios de inclusión/exclusión.....	8
2.1.2. Proceso de búsqueda y selección de fuentes.....	8
2.1.3. Fuentes científicas seleccionadas.....	9
2.1.4. Fuentes complementarias seleccionadas.....	11
2.2. Marco contextual.....	12
2.2.1. Las farmacias comunitarias.....	12
2.2.1.1. Historia.....	12
2.2.1.2. Definición y características.....	13
2.2.1.3. Tipos y funciones.....	14
2.2.1.4. Organización.....	15
2.2.1.5. Las farmacias comunitarias de Ceuta.....	16
2.2.2. Adaptaciones y cambios durante la pandemia.....	17
2.2.2.1. Cambios estructurales y operativos.....	17
2.2.2.2. Acciones farmacéuticas ante los cambios.....	19
2.2.2.3. Cambios de rol del personal farmacéutico.....	21
2.2.3. Implementaciones y nuevos servicios a raíz de la pandemia.....	22
2.2.3.1. Digitalización de la farmacia.....	23
2.2.3.2. Atención a la ruralidad y a la vulnerabilidad.....	23
2.2.3.3. Dispensación a domicilio.....	24
2.2.3.4. Dispensación online.....	25
2.2.3.5. Preparación de geles y fórmulas magistrales.....	25
2.2.3.6. Triage, información y asesoramiento.....	25
2.2.3.7. Ampliación de competencias.....	26
3. Metodología.....	27
3.1. Objetivos del estudio empírico.....	27
3.2. Estudio empírico (encuesta).....	27
3.2.1. Participantes y muestreo.....	27
3.2.2. Método y diseño de investigación.....	27

3.2.3. Instrumento: subescalas y variables.....	28
3.2.4. Análisis estadísticos.....	28
4. Resultados.....	30
4.1. Análisis métricos (fiabilidad del instrumento).....	30
4.2. Análisis descriptivos.....	31
4.2.1. Escala I: aspectos sociodemográficos y laborales.....	31
4.2.2. Escala II: afectación de los servicios.....	32
4.2.3. Escala III: adaptaciones y cambios organizativos.....	33
4.2.4. Escala IV: servicios de atención al cliente.....	36
4.3. Análisis inferenciales comparativos (contrastes de medias).....	37
4.3.1. Sexo.....	37
4.3.2. Edad.....	39
4.3.3. Nivel de formación.....	40
4.3.4. Grupo cultural o religioso.....	41
4.3.5. Código postal de la farmacia.....	43
4.3.6. Puesto que ocupa en la farmacia.....	45
5. Discusión y conclusiones.....	47
6. Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	52
7. Referencias.....	53
7.1. Bibliografía.....	53
7.2. Webgrafía.....	57
8. Apéndice.....	59
8.1. Tablas y gráficas (análisis descriptivos).....	59
8.1.1. Escala I: aspectos sociodemográficos y laborales.....	59
8.1.2. Escala II: afectación de los servicios.....	62
8.1.2.1. Subescala II-A: servicios básicos y esenciales.....	62
8.1.2.2. Subescala II-B: servicios complementarios.....	66
8.1.2.3. Subescala II-C: servicios colaborativos.....	68
8.1.3. Escala III: adaptaciones y cambios organizativos.....	61
8.1.3.1. Subescala III-A: medidas de higiene y prevención del contagio.....	71

8.1.3.2. Subescala III-B: medidas de ajuste del personal de la farmacia.....	74
8.1.3.3. Subescala III-C: medidas sobre los productos farmacéuticos.....	76
8.1.3.4. Subescala III-D: digitalización de la farmacia.....	80
8.1.4. Escala IV: servicios de atención al cliente.....	84
8.1.4.1. Subescala IV-A: dispensación de medicamentos.....	84
8.1.4.2. Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing.....	88
8.2. Tablas (contrastes de medias).....	91
8.2.1. Sexo.....	91
8.2.2. Edad.....	93
8.2.3. Nivel de formación.....	97
8.2.4. Grupo cultural o religioso.....	101
8.2.5. Código postal de la farmacia.....	105
8.2.6. Puesto ocupado en la farmacia.....	108
8.3. Salidas G*Power.....	111
8.3.1. Sexo.....	111
8.3.2. Nivel de formación.....	113
8.3.3. Grupo cultural o religioso.....	114
8.3.4. Código postal de la farmacia.....	115
8.3.5. Puesto ocupado en la farmacia.....	118
8.4. Análisis métricos (fiabilidad del instrumento).....	119
8.5. Cuestionario.....	119

1. Introducción

Para la realización de este Trabajo Fin de Máster, personalmente tuve que interrumpir la realización del mismo por la irrupción de la pandemia por COVID-19, demorándose en el tiempo más de lo esperado. Sin embargo, al ejercer mi profesión dentro de una oficina de farmacia comunitaria, vi cómo mi lugar de trabajo se convirtió en un engranaje vital para la gestión sanitaria de la crisis. Además, pude comprobar cómo algunas tareas y funciones que antes eran meramente mencionadas se transformaron en las más importantes a la hora de desempeñar nuestro trabajo día a día. Es por esto que vi una gran oportunidad de versar mi Trabajo Fin de Máster sobre la evolución, transformación y adaptación que hemos experimentado las Farmacias Comunitarias de Ceuta para lograr una exitosa gestión, pese a las limitaciones, normas y pautas impuestas por la pandemia.

Por ello, la elección del objeto de estudio (adaptaciones de las farmacias comunitarias durante la pandemia) gira en torno a las nuevas tendencias y estrategias que se pusieron en marcha a raíz de la crisis sanitaria por COVID-19 y que han propiciado, muy probablemente, un cambio paradigmático del sector farmacéutico en el futuro. Así, las farmacias comunitarias han pasado de considerarse un comercio más para transformarse en una importante y necesaria prolongación del Sistema Público de Salud (Salar, 2020). Es decir, han dejado de ser meros lugares de compra-venta de medicamentos y otros productos (sanitarios, estéticos, dietéticos, etc.) para convertirse en centros asesores de prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas u otras. Han cambiado el papel de simples expendedores de mercaderías por el de proveedores y distribuidores de salud en situaciones de emergencia y escasez (como productos COVID o medicamentos de alta demanda o necesidad); como también se ha potenciado el rol de las farmacias como centros accesibles que proporcionan asistencia sanitaria a la población general y, en particular, a la de mayor riesgo (enfermos crónicos y otros colectivos vulnerables), especialmente en los momentos de mayor colapso hospitalario y merma de las consultas presenciales en los Centros de Salud Primaria, sobre todo durante los comienzos de la pandemia.

Por ello, se pretende con este estudio aportar datos sobre las contribuciones de los farmacéuticos comunitarios en la mejora de la Salud Pública, sin descuidar su consideración comercial, de modo que puedan ser evaluados y difundidos para determinar las áreas de actuación que han demostrado mayores fortalezas y evidenciado limitaciones a lo largo de la crisis sanitaria, y poder adoptar así estrategias y planes de mejora incluso más allá del fin de la misma (Berlofa, Vitória y de Mendonça, 2021). Si bien existen numerosas publicaciones relacionadas con este tema procedentes de diversos países de todo el mundo, como se verá

más adelante, resulta especialmente interesante llevar a cabo un estudio empírico en la Ciudad Autónoma de Ceuta, teniendo en cuenta, como hecho diferenciador, sus peculiaridades geográficas (limitada al norte y este por el Estrecho de Gibraltar), su carácter fronterizo (limitada al sur y oeste por Marruecos, país que unilateralmente cerró la frontera terrestre en 2020 impidiendo el trasiego de personas y mercancías) y su demografía multicultural (compuesta por una población de alta densidad donde conviven cristianos y musulmanes casi en la misma proporción, además de otros colectivos minoritarios como hebreos, hindúes y asiáticos).

Así pues, cabe preguntarse si las antedichas peculiaridades han supuesto para las farmacias comunitarias de Ceuta mayores dificultades o facilidades con respecto a la mayoría para desarrollar su actividad, o si, por el contrario, han seguido las mismas tendencias y estrategias que las del resto del país u otros países de nuestro entorno. También se plantean otros interrogantes como cuáles han sido los servicios que se han visto más afectados, qué medidas han adoptado las farmacias para atender adecuadamente y con seguridad a la población, o cómo se ha adaptado la atención al cliente durante los peores momentos de la pandemia y, posteriormente, durante las sucesivas olas de contagios y variantes de la COVID-19. Así mismo, se pretende conocer si la opinión de la muestra encuestada en torno a estas cuestiones difieren en función de aspectos sociodemográficos, laborales y culturales, teniendo en cuenta la diversidad de credos religiosos o grupos culturales que conviven en Ceuta. En el intento de dar respuesta a éstas cuestiones, se plantean a continuación los siguientes objetivos en torno a los cuales gira el desarrollo de la presente investigación:

- ✓ Explorar la incidencia de la pandemia por COVID-19 sobre el funcionamiento habitual de las farmacias comunitarias en el plano nacional e internacional.
- ✓ Identificar las adaptaciones estructurales y organizativas en respuesta al estado de alarma y durante la nueva normalidad.
- ✓ Analizar empíricamente la afectación de las farmacias comunitarias en Ceuta y las iniciativas llevadas a cabo para asegurar el servicio a los pacientes y clientes.
- ✓ Determinar la influencia de las características sociodemográficas de los respondientes sobre las variables nucleares medidas en un cuestionario creado para la ocasión.

2. Marco teórico

2.1. Revisión de la literatura

2.1.1. Criterios de inclusión/exclusión de fuentes

Coincidiendo con el período comprendido entre origen de la pandemia y la actualidad, sólo se incluyeron (fueron filtradas) las fuentes publicadas en los últimos dos años (2019-2021), con acceso libre al texto completo, en idioma español e inglés, y que estuvieran convenientemente acreditadas (artículos científicos, de revista, periodísticos, publicaciones oficiales o de entidades expertas).

De otro lado, la selección de los contenidos se llevó a cabo atendiendo al criterio de fiabilidad entre las fuentes, es decir, buscando aquellos que eran objeto de estudio y aparecían con mayor frecuencia en los diversos documentos analizados, a la par que se ajustaban a las particulares necesidades del presente trabajo. Esto es, descartando aquellos cuyos títulos no estaban relacionados con los objetivos, así como aquellos que, estando relacionados, no aportaron información relevante en sus resúmenes (abstracts) ni en sus contenidos.

2.1.2. Proceso de búsqueda y selección de fuentes

A) Bases especializadas: dado el contexto sociosanitario mundial en el que se desarrolla el objeto de estudio del presente trabajo, se acudió inicialmente a las bases de datos PubMed (Elsevier, Medline, Redalyc y Scopus) por su prestigio y el gran volumen de fuentes disponibles, empleando para ello los descriptores en idioma español de las Ciencias de la Salud (DeCS), aportados por la Biblioteca Virtual en Salud de España, y los descriptores del Medical Subject Headings (MeSH), en asociación con el operador Booleano AND u OR. En dicha base se introdujeron las palabras clave de las cuestiones a desarrollar en inglés (descriptores MeSH), cuyo proceso de selección y resultados se especifican a continuación:

Cuadro 1.

Resumen del proceso de búsqueda y selección de fuentes (bases especializadas).

Descriptores (palabra clave)	Base de datos	Fuentes halladas	Fuentes filtradas	Tipo de fuente
Adaptations AND community pharmacies AND pandemic	PubMed (Medline)	12	7	Artículos académicos
Pharmaceutical changes AND pandemic	PubMed (Elsevier)	409	4	Artículos académicos
Pharmaceutical services AND pandemic	PubMed (Elsevier)	406	16	Artículos académicos

Pharmaceutical marketing AND pandemic	PubMed (Scopus)	91	2	Artículos académicos
	PubMed (Redalyc)	135	1	Artículo académico

B) Bases generales: desde una perspectiva más orientada a las estrategias de mercado y la posible adaptación de los servicios farmacéuticos, se hace mayor hincapié en la búsqueda de actuaciones e iniciativas llevadas a cabo en España durante la COVID-19, así como de las estrategias empleadas y nuevas tendencias de marketing, consultando para ello bases de datos de libre acceso y de revistas científicas (Google Académico). En dichas bases se introdujeron las palabras clave o descriptores, usando en esta ocasión términos libres (y sinónimos) en idioma español.

Cuadro 2.

Resumen del proceso de búsqueda y selección de fuentes (bases generales).

Descriptores (palabra clave)	Base de datos	Fuentes halladas	Fuentes filtradas	Tipo de fuente
Adaptaciones (cambios) de las farmacias comunitarias durante la pandemia	Google académico	791	7	2 artículos académicos 3 artículos de revista 1 artículo periodístico 1 informe ejecutivo
Servicios farmacéuticos (acciones, iniciativas) durante la pandemia	Google académico	44	9	3 artículos académicos 2 artículos de revista 3 páginas web 1 blog
Marketing (mercado) farmacéutico durante la pandemia	Google académico	9	7	2 artículos de revista 3 páginas web 2 blogs

2.1.3. Fuentes científicas seleccionadas

Cuadro 3.

Adaptaciones y cambios en las farmacias durante la pandemia.

Autoría y fecha	Tipo de fuente	Temática
Aruru, Truong, y Clark (2021).	Guía ampliada	Preparación para emergencias de los farmacéuticos del sistema de salud en USA.
Bahlol y Dewey (2021).	Encuesta transversal	Preparación para emergencias de los farmacéuticos en Egipto.
Berlofa, Vitória y de Mendonça (2021).	Revisión sistemática	Papel de los farmacéuticos durante la pandemia en Brasil.
Bragazzi, Mansour, Bonsignore, y Ciliberti (2020).	Revisión documental	Reformulación del papel de los farmacéuticos tras la pandemia en Canadá.

Baratta, Ciccolella, y Brusa (2021).	Encuesta transversal	Satisfacción de los clientes con los servicios farmacéuticos en Italia durante la pandemia.
Giua, Paoletti, Minerba, Malipiero, Melone, Heffler, Pistone, Keber y SIFAC (2021).	Encuesta transversal	Recorrido por las medidas de adaptación al COVID de los farmacéuticos en Italia.
Hoti, Jakupi, Hetemi, Raka, Hughes y Desselle (2020).	Encuesta transversal	Acciones de los farmacéuticos comunitarios en Kosovo para evitar la propagación del COVID.
Jovičić-Bata, Pavlović, Milošević, Gavarić, Goločorbin-Kon, Todorović, y Lalić-Popović, (2021).	Encuesta transversal	Identificación de los cambios laborales de los farmacéuticos comunitarios en Serbia.
Pinzón Ferrer Cáceres, Hidalgo, Muñoz, Navarro, Rodríguez, Espinosa, Escudero, Patrocinio, Vaquero, Ojeda, y López (2020).	Estudio cualitativo de investigación	Propuesta de un nuevo modelo de atención compartida entre las farmacias y la atención primaria en España.
Strand, Bratberg, Eukel, Hardy y Williams (2020).	Revisión documental	Contribuciones farmacéuticas al manejo de las enfermedades durante la pandemia en USA.
Thorakkattil, Nemr, Al-Ghamdi, Jabbour y Al-Qaaneh, (2021).	Estudio retrospectivo comparativo	Cambios estructurales y operativos realizados por las farmacias en USA.

Cuadro 4.

Nuevos servicios farmacéuticos a raíz de la pandemia.

Autoría y fecha	Tipo de fuente	Temática
A dunlin, Murphy, y Manis (2021).	Revisión documental	Acciones de las farmacias comunitarias rurales en USA.
Baixauli, Satué, Murillo, Molinero, Gómez, y Estrada (2020).	Guía protocolaria	Propuesta para la dispensación de medicamentos y productos en el domicilio del paciente.
Bell, Reynolds, Freeman y Jackson (2020).	Revisión documental	Estrategias de acceso a los medicamentos de colectivos vulnerables en Australia.
Cadogan y Hughes (2021).	Revisión documental	Funciones y actividades de los farmacéuticos comunitarios en Irlanda.
Como, Carter, Larose-Pierre, O'Dare, Hall, Mobley, Robertson, Leonard, y Tew (2020).	Revisión documental	Estrategias de cuidados farmacéuticos de enfermos crónicos en USA.
García-Zaragozá, Gil-Girbau, Murillo-Fernández, Prats-Mas, y Vergoñós Tomàs (2020).	Revisión documental	Manejo y adherencia a la medicación de los enfermos crónicos en España.
Ghibu, Juncan, Rus, Frum, Dobreá, Chiş, Gligor, y Morgovan (2021).	Revisión documental	Evaluación completa de los servicios farmacéuticos activados en Rumanía.
Kretchy, Asiedu-Danso y Kretchy, (2021).	Revisión documental	Manejo y adherencia a los tratamientos de los enfermos crónicos en Ghana.

Liu, Luo, Tang, Hu, Polidoro, Sun y Gong (2020).	Revisión documental	Acciones de los farmacéuticos comunitarios en China para atender e informar al público.
Maidment, Young, MacPhee, Booth, Zaman, Breen, Hilton, Kelly y Wong (2021).	Revisión sistemática	Contribución de las farmacias comunitarias a la salud pública (vacunación del COVID).
Sami, Marma, Chakraborty, Singha, Rakib, Uddin, Hossain y Uddin (2021).	Revisión documental	Importancia de los servicios de las farmacias comunitarias durante el COVID-19 en India.

2.1.4. Fuentes complementarias seleccionadas

Cuadro 5.

Adaptaciones y cambios de los servicios farmacéuticos durante la pandemia.

Autoría y fecha	Tipo de fuente	Temática
Brands, E.C. (2020).	Artículo periodístico	Atención farmacéutica de 30 millones de personas en el primer mes de confinamiento.
Espinoza, I. (2021).	Blog	Cambios de rol farmacéutico y adaptaciones a la nueva normalidad.
Rathiofarm (2021)	Reporte	Esfuerzos farmacéuticos para garantizar tratamientos y atender a personas vulnerables.
Salar (2020).	Artículo de revista	Descripción de las adaptaciones y respuestas de las farmacias comunitarias en España.
Teva (2020)	Página web (reporte)	Relación de las adaptaciones de las farmacias a la nueva normalidad.

Cuadro 6.

Servicios farmacéuticos (acciones e iniciativas) durante la pandemia.

Autoría y fecha	Tipo de fuente	Temática
Acta sanitaria (2021).	Informe	Balance de las iniciativas farmacéuticas durante la emergencia sanitaria.
COF-Teruel (2021).	Informe	Diez aportaciones de los farmacéuticos españoles en el primer año de pandemia.
Diariofarma (2021).	Artículo periodístico	Iniciativas farmacéuticas poco antes de la declaración del estado de alarma.
Farmacéuticos (2020).	Guía procedimental	Protocolos de actuación de las farmacias ante el proceso de desescalada gradual.

Farmacéuticos (2021).	Informe	Balance de las iniciativas farmacéuticas colegiadas tras el primer año de pandemia.
Teva (2020)	Página web (reporte)	Relación de los servicios de las farmacias españolas a raíz de la pandemia.
Torrente-Villacampa, C. (2020).	Artículo periodístico	Iniciativas farmacéuticas en los primeros 100 días de pandemia.

2.2. Marco contextual

2.2.1. Las farmacias comunitarias

2.2.1.1. Historia

Si bien la historia de las farmacias se remonta ya a las antiguas civilizaciones (Mesopotamia, Egipto, Grecia, Roma, China, etc.), el origen de las farmacias comunitarias en España se atribuye a los árabes que habitaban la Península Ibérica en la Edad Media (segunda década del siglo XII) gracias a destacadas figuras como Averroes, Avenzoar o Avicena, quienes intentaban acabar con la lepra y sus síntomas (fiebres y lesiones cutáneas). En esta época, los sabios y curanderos ya tenían asignadas funciones y obligaciones, y usaban la alquimia y la dieta para tratar las enfermedades (Vázquez de Benito, 1998), citado en Aragoneses (2019, p. 14).

Durante el siglo XIII de Alfonso X El Sabio, se implanta la medicina en la Universidad y se crea la figura del boticario, quien se subyuga a la prescripción médica en las dolencias más graves (ya no puede actuar por su cuenta, aunque puede tomar ciertas decisiones en los casos más sencillos) (Gómez Caamaño, 1982), citado en Aragoneses (2019, p. 18).

A lo largo del próspero Renacimiento, era de los descubrimientos y exploraciones a América, y hasta finales del barroco, se combatía la sífilis mediante mercurio y guayaco a cargo de los boticarios (Esteva de Sagrera, 2005), citado en Aragoneses (2019, p. 19), pero es a finales del siglo XVI, bajo el reinado de Felipe II, cuando se delimitan y profesionalizan, creándose grados en las Universidades, las figuras y competencias del médico, del cirujano y del boticario, quienes ejercen funciones claramente establecidas y diferenciadas. Estos últimos concentran sus esfuerzos, sobre todo, en la preparación de sustancias analgésicas para tratar ciertas enfermedades y no pueden preparar medicamentos que no estén legalmente establecidos en la farmacopea de la época (Lorenzo Cadarso y Gómez Calderón, 2017), citado en Aragoneses (2019, p. 22).

Desde aquí hasta finales del siglo XVIII, bajo los reinados de Felipe III y Carlos III, cirujanos y boticarios trabajan conjuntamente, pero siguen subordinados a los médicos y se da especial importancia a la higiene para prevenir y tratar enfermedades (Gómez Caamaño, 1982), citado en Aragonese (2019, p. 27).

En el siglo XIX, en el contexto de la industrialización, se forman pequeños núcleos de la industria farmacéutica, lo que cambió el concepto de lo que hasta entonces era el boticario, para convertirse más en un vendedor de diversos productos que en fabricante de medicamentos (la profesión entra en decadencia) y se crean nuevos establecimientos regentados por farmacéuticos, quienes han de estudiar 5 años o cursos para poder ejercer (Moreno, Ramos, Carrillo y González, 2018), citado en Aragonese (2019, p. 32).

Ya en el siglo XX, con el desarrollo de la industria farmacéutica y la fabricación de nuevos y revolucionarios productos (anticonceptivos, nuevas drogas, etc.), el farmacéutico se vuelve más en la atención sanitaria del paciente, aunque aún conserva cierta tradición en cuanto a la preparación de fórmulas magistrales no comercializadas por la industria (Del Río Álvarez, 2015), citado en Aragonese (2019, p. 33).

En los albores del presente siglo XXI, el 21 de diciembre de 2000, se crea la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC), dando lugar al actual concepto de farmacia comunitaria y constituyéndose así una sociedad científica y profesional propia y exclusiva de los profesionales farmacéuticos.

2.2.1.2. Definición y características

En la Ley 14/1986, de 25 de abril y la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, se define a las oficinas de farmacia como “establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas”. Más recientemente, según la Declaración de la Profesión Farmacéutica, publicada por el Consejo General de Colegios Farmacéuticos en 2018, una farmacia comunitaria es:

un establecimiento sanitario privado de interés público, definido expresamente por las leyes estatales y autonómicas, desde los que el farmacéutico comunitario asegura a la población el acceso a los medicamentos y productos sanitarios, ayudando a los pacientes al correcto proceso de uso seguro, efectivo, eficiente y responsable, implicándose en la consecución de resultados en salud.

Así mismo, en este documento se determinan las siguientes características:

- El profesional farmacéutico ha de formarse en 15 competencias a través de 300 créditos y nivel máster.

- Se amplían las competencias de las farmacias comunitarias incluyendo la información y asesoramiento sobre el adecuado uso de los medicamentos, además de ser reconocidas como centros de profesión sanitaria “dirigidas a la producción, conservación y dispensación de medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública.”
- Se potencia la colaboración con el Sistema Nacional de Salud a través de normas expresas recogidas en la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, y se llevan a cabo Conciertos con las Administraciones Públicas Autonómicas y locales. En el caso de Ceuta, la actividad de las farmacias comunitarias queda regulada, en virtud de dicha Ley, por el Reglamento de Ordenación Farmacéutica de la Ciudad Autónoma de Ceuta, dependiente de la Consejería de Sanidad, que determina los horarios, guardias y vacaciones para garantizar el mejor servicio posible a la población.
- La farmacia comunitaria es un centro sanitario asistencial de Salud Pública basado en la evidencia y en los procedimientos científicos. Por ello, cada vez más programas sanitarios del Sistema de Salud cuentan con las farmacias como agentes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud (educación a través de campañas sanitarias, asesoramiento en seguridad alimentaria y sanidad ambiental, identificación precoz de patologías, cribados poblacionales de enfermos de cáncer de colon, VIH, etc.), colaboración en el autocuidado y autocontrol de la enfermedad, tabaquismo y detección precoz de alteraciones en la salud pública mediante la Red de Farmacias Centinela.
- Se apuesta por la colaboración interprofesional: se coordinan las acciones de las farmacias comunitarias con diversos profesionales de la salud como médicos, enfermeros, auxiliares, etc., además de otras profesiones no sanitarias (comerciales, proveedores, etc.).

2.2.1.3. Tipos y funciones

Básicamente existen dos clases de farmacias comunitarias en España (Asefarma, 2021):

1. Rurales: el perfil tipo de paciente está bien definido como una persona de mayor edad, con enfermedades crónicas y polimedicada, por lo que su demanda de las farmacias posee un carácter más asistencial.
2. Urbanas: el perfil de paciente/cliente es más variado y el trato no es tan familiar, pues se ubican en zonas de mucho tránsito de personas, por lo que lo que se demanda es

una mayor diferenciación, una buena gestión y la implantación de servicios complementarios a la propia venta de medicamentos.

2.2.1.4. Organización

La organización de la prestación de los servicios farmacéuticos profesionales queda recogida en el Manual de Estándares de las Farmacias Comunitarias (Torres, A., 2015), publicado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, de modo que las farmacias comunitarias:

- Han dispuesto las actuaciones para la recepción e interpretación de la receta médica, así como su verificación en el acto de dispensación de medicamentos que la requieren.
- Normalizan los criterios de dispensación con el fin de proteger al paciente frente a la posible aparición de eventos adversos relacionados con los medicamentos.
- Han establecido las pautas para la indicación farmacéutica de especialidades no sujetas a prescripción médica.
- Se implican de forma activa en actuaciones que permiten potenciar la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Realizan seguimiento farmacoterapéutico personalizado para la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos.
- Han establecido los mecanismos necesarios para la prevención de eventos adversos relacionados con los medicamentos de especial control médico y especialidades farmacéuticas complejas.
- Han implantado servicios farmacéuticos profesionales relacionados con programas de salud pública y/o relacionados con el paciente con enfermedades crónicas.
- Evalúan y difunde los resultados obtenidos en los servicios farmacéuticos profesionales implantados.

En cuanto a las actividades de promoción y programas de salud:

- Se detectan las necesidades de salud de la población y se planifican y realizan las intervenciones oportunas.
- Se realizan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en colaboración con organismos locales de representación ciudadana (asociaciones locales, centros docentes, etc.), y Área Sanitaria de referencia.
- Están dispuestos los mecanismos para la actuación ante la presencia o sospecha de productos milagro.

- La Farmacia Comunitaria se integra en los circuitos de comunicación de alertas sanitarias.
- La Farmacia Comunitaria colabora con el sistema de farmacovigilancia.
- Se dispone de mecanismos para la detección, prevención y resolución de eventos adversos relacionados con los medicamentos en pacientes pertenecientes a grupos de riesgo identificados.

2.2.1.5. Las farmacias comunitarias de Ceuta

Ceuta cuenta con un total de 24 farmacias comunitarias repartidas por todo su territorio. A continuación se ofrece sus ubicaciones (figura 1) y direcciones (cuadro 7).

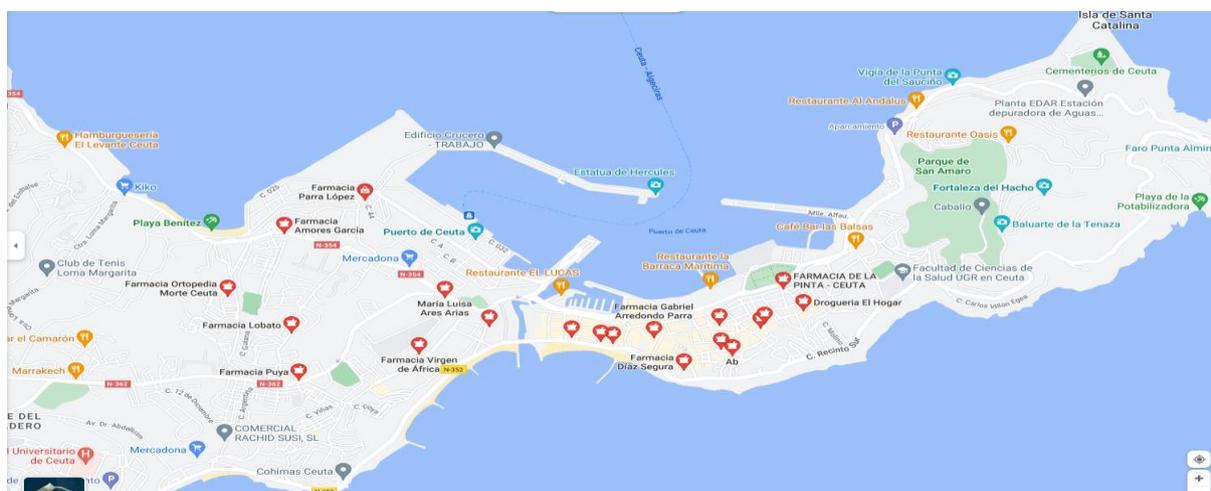


Figura 1. Localización de las farmacias comunitarias ceutíes. Fuente: Google Maps.

Cuadro 7. Direcciones de las farmacias comunitarias de Ceuta.

Farmacia	Teléfono	Dirección
ALMADRABA	956504247	AVD. MARTÍNEZ CATENA, S/N (COLONIA ROMEU)
AMORES	956501038	C/PADRE FEIJOO, N° 1. VILLAJOVITA
ARCOS	956512218	C/JAÚDENES N° 36
ARES	956502563	AVDA. ESPAÑA, N° 3
BENZÚ	956520038	CRTA BENZÚ N° 20
CRUZ BLASCO	956500438	C/ TENIENTE CORONEL GAUTIER, N° 46 (SAN JOSÉ)
DE GUINDOS	956512309	C/ REAL N° 61 (FRENTE A MERCADO REAL 90)
DE LA PINTA	956512396	MARINA ESPAÑOLA N° 64 (GRUPOS ALFAU)
DÍAZ SEGURA	956511623	C/VELARDE 12
GABRIEL ARREDONDO PARRA	956516729	PASEO REVELLÍN N° 22
GUTIERREZ RODRÍGUEZ	956510706	POLÍGONO VIRGEN DE ÁFRICA N° 15
HISPANIA	956512530	C/ ALCALDE FRUCTUOSO MIAJA, N° 14
LOBATO	956503054	AV EJERCITO ESPAÑOL N° 10 (ZONA ZURRÓN)
MORTE	956523236	BDA LA LIBERTAD, GRUPOS SAN DANIEL, C/69, LOC 3
NIETO	856208517	C/ REAL 39 (LOS REMEDIOS)
NUEVA	956505656	AV REYES CATÓLICOS N° 5 (MORRO)
PÉREZ RODRÍGUEZ	956514740	AV. SAN JUAN DE DIOS N° 7 (JUNTO AMBULATORIO JOSÉ LAFONT)
PARRA LÓPEZ	956521113	AV ESPAÑA N° 44 (JUNTA OBRAS PUERTO)
PARTIDA	956512811	PASEO REVELLÍN N° 7
PRÍNCIPE ALFONSO	956502694	AGRUPACIÓN FUERTE N° 4
PRÍNCIPE FELIPE	956521369	GRUPOS PPE. FELIPE N° 1
PUYA	956500420	C/TTE. CORONEL GAUTIER N° 12 (JUNTO CUARTEL GUARDIA CIVIL)
RODRÍGUEZ CANS	956501752	C/CAPITÁN CLAUDIO VÁZQUEZ N° 77 (LOS ROSALES)
ZURITA	956512341	C/ BEATRIZ DE SILVA N° 5 (JUNTO A PLAZA DE LOS REYES)

2.2.2. Adaptaciones y cambios en las farmacias comunitarias durante la pandemia

Son muchos los países en todo el mundo que se han visto obligados a adoptar medidas sanitarias excepcionales, tanto estructurales como operativas, para afrontar los grandes retos causados por la COVID-19. El sector farmacéutico comunitario, como personal esencial de primera línea durante la crisis sanitaria, ha tenido que enfrentarse igualmente a toda una serie de nuevas necesidades que han modificado las habituales maneras de proceder en la farmacia y el papel de éstas ante situaciones de emergencia. Se describen a continuación los principales cambios experimentados por el sector y las medidas adoptadas para atender y dar servicio a la población en una nueva y adversa realidad.

2.2.2.1. Cambios estructurales y operativos

1. Cambios en la demanda y disponibilidad de las existencias: durante el transcurso de la pandemia, son muchos los productos que aumentaron notablemente su consumo, especialmente los relacionados con la prevención del contagio (mascarillas, guantes, antisépticos, desinfectantes, etc.). También aumentó la demanda de muchos medicamentos como antipiréticos, analgésicos, antihipertensivos, extemporáneos, dietéticos con efectos inmunomoduladores, antivirales y medicinas coligadas a múltiples enfermedades crónicas y a un empeoramiento de la salud mental (ansiolíticos, antidepresivos, sedantes e hipnóticos), lo que provocó una escasez de existencias (Bell et al., 2020; Bahlol y Dewey, 2021; Jovičić-Bata et al., 2021) y un exceso de compras innecesarias que conllevaron un aumento de precio de estos productos impuesto por los mayoristas (Hoti et al., 2020). En países menos desarrollados, se produjo, además, un alarmante descenso de las importaciones y una mayor escasez de medicamentos esenciales para un gran número de personas con enfermedades crónicas o infecciosas (Kretchy, Asiedu-Danso y Kretchy, 2021).
2. Cambios en la carga y flujo de trabajo: la carga laboral de los farmacéuticos comunitarios aumentó muy significativamente durante la pandemia, pues se les atribuyó la asunción de un mayor número de funciones y competencias para aliviar el desbordamiento del sistema sanitario, así como la dispensación de algunos medicamentos hospitalarios. Esta sobrecarga fue mayor en mujeres, en profesionales más jóvenes y menos experimentados (Salar, 2020). De igual modo, ante estas limitaciones, se produjeron cambios procesuales relacionados con las adquisiciones de productos que, pese a pretender la simplificación, resultaron más complejos y estresantes para una mayoría de profesionales, en parte, debido a su falta de

formación y capacitación (Jovičić-Bata et al., 2021). También aumentaron muy significativamente las consultas de temas relacionados con la COVID-19 y la atención a personas sintomáticas en un entorno seguro, a la vez que las medidas de seguridad se tornaron extremas y constantes durante el día a día (Salar, 2020).

3. Cambios en las condiciones y percepción del trabajo: también por la escasez ocasional de equipos de protección durante los comienzos de la COVID, las condiciones laborales del personal farmacéutico no siempre fueron las más seguras y adecuadas, sobre todo desde la óptica de los empleados vs. de los propietarios (Hoti et al., 2020). Esto causó una gran preocupación a contagiarse y contagiar a los seres queridos, percibiéndose el lugar de trabajo como un lugar de sobreexposición de alto riesgo, lo que ha dado lugar a la aparición, en un alto porcentaje, de sintomatología relacionada con estrés y ansiedad, así como al aumento de conductas obsesivo-compulsivas para mantener extremadamente la higiene y la limpieza, y prevenir así los contagios (Bahlol y Dewey, 2021). En cuanto a la capacidad de las farmacias para extender recetas sin prescripción, realizar pruebas diagnósticas, preparar fórmulas magistrales o vacunar a la población, la mayoría del sector farmacéutico se auto percibió infrutilizado por parte de las autoridades sanitarias en diversos países incluido España (Salar, 2020; Ghibu et al, 2021; Jovičić-Bata et al., 2021).
4. Cambios en las interacciones con los clientes: a causa del confinamiento, se produjo una disminución de la personalización en el trato de personas mayores y enfermos crónicos, especialmente en el seguimiento farmacoterapéutico, mejora de la calidad de vida y en la educación en autocuidados y promoción de la salud (Pinzón et al., 2020). Posteriormente, con objeto de evitar la propagación de contagios en las farmacias, se produjo un distanciamiento físico entre trabajadores y clientes, así como entre los propios trabajadores y, por consiguiente, menores interacciones directas relacionadas con la educación y los autocuidados (Bahlol y Dewey, 2021), en parte por la escasez de capacitación profesional, sobre todo al principio de la pandemia (Hoti et al., 2020). En consecuencia, el personal farmacéutico percibió a los clientes como menos agradables, impresión que variaba en función de la edad (mayor en los más jóvenes) y de los niveles de sobrecarga, estrés y ansiedad de los profesionales (Jovičić-Bata et al., 2021). Sin embargo, el papel del personal farmacéutico como informador, educador y profesional sanitario accesible durante la pandemia, ha llevado a que los usuarios hayan expresado, en diversas encuestas, un alto grado de satisfacción con el nuevo rol farmacéutico y la atención recibida (Baratta, Ciccolella, y Brusa, 2021; Maidment et al., 2021).

2.2.2.2. Acciones farmacéuticas ante los cambios

Un estudio realizado en los Países Bajos (Ghibu et al., 2021), extrapolable al entorno de la UE, resume las principales áreas de actuación de las farmacias comunitarias en seis:

- 1) Promoción de las normas higiénicas y de prevención del contagio.
- 2) Cambios logísticos (turnos, barreras físicas).
- 3) Limitación de las visitas (recetas online, colas de espera, mostradores especiales, taquillas de autoservicio, entrega a domicilio).
- 4) Vías alternativas de revisión de medicamentos (teléfono o videoconferencia).
- 5) Proporción de la información (volantes, páginas web, guías, etc.).
- 6) Colaboración y coordinación con los servicios médicos de forma telemática.

Transcurridos más de dos años y medio desde la declaración mundial del comienzo de la pandemia, podemos decir que las actuaciones farmacéuticas han ido evolucionando en torno a seis objetivos:

- 1) Dar respuesta a la emergencia sanitaria: se procede al aprovisionamiento de equipos de protección para profesionales (EPI), se promueven cursos de formación para el personal farmacéutico y se adoptan otras medidas de reducción del riesgo de contagio (limitación del aforo dentro del local, ampliación de la distancia social en las zonas de espera, toma de temperatura, uso de guantes, mascarillas e hidrogeles y educación a la población) (Hoti et al., 2021; Thorakkattil et al., 2021). También se crean barreras físicas entre clientes y profesionales para evitar el contagio, se dispensan recetas repetidas y se amplían los períodos de prescripción para enfermos crónicos (Jovičić-Bata et al., 2021). A la par, se eliminan barreras político-administrativas para hacer frente a la escasez de algunos productos y medicamentos con alta demanda mediante vigilancia, alertas tempranas, distribución controlada y uso seguro (Liu et al., 2020), se flexibilizan las restricciones de acceso profesional a las farmacias comunitarias para garantizar la mano de obra y los flujos de trabajo, y se amplían sus funciones para descongestionar los servicios hospitalarios (Salar, 2020; Aruru et al., 2021). En este sentido, en España se coordinan las farmacias hospitalarias con las comunitarias para dispensar medicamentos a pacientes hospitalarios ambulatorios, ahorrando costes a y descongestionando el sistema sanitario (Acta Sanitaria, 2021).
- 2) Administrar eficazmente los medicamentos: para afrontar la escasez y garantizar su acceso universal, se incluyen medidas para pronosticar la demanda y se crean centros

remotos de recogida de medicamentos para residentes en zonas rurales y áreas urbanas confinadas o aisladas por las Autoridades (Liu et al., 2020; Adunlin et al., 2021; Aruru et al., 2021). Además, se automatiza la venta de fármacos y otros productos mediante la habilitación de sistemas Big Data de atención médica y farmacéutica (como *Host System* en USA) y se crean otras aplicaciones para asistir telemáticamente la administración de medicamentos, las recargas de recetas electrónicas y las entregas a domicilio de medicinas y otros productos (Salar, 2020; Bahlol y Dewey, 2021; Thorakkattil et al., 2021). Así mismo, ante la escasez por el aumento de la demanda, se limitaron la cantidad de productos por compra-venta y se autorizó la sustitución terapéutica de ciertos medicamentos (Bell et al., 2020). También se diversificaron los proveedores para garantizar el abastecimiento, se aumentaron o redujeron ciertos stocks y se incrementaron las preparaciones de geles y fórmulas magistrales en las propias boticas (Jovičić-Bata et al., 2021).

- 3) Garantizar la actividad comercial de las farmacias: con objeto de optimizar los recursos humanos disponibles, se reducen las actividades farmacéuticas a las más básicas y esenciales, se reubica al personal en centros de llamadas o atención telemática y se rotan sus horarios (Teva, 2020; COF-Teruel, 2021). De otro lado, se abren líneas telefónicas de atención especializada en Salud Mental para el personal farmacéutico, con objeto de ayudarles a combatir el estrés y prevenir posibles trastornos psicológicos derivados de su actividad profesional en primera línea (Aruru et al., 2021). Igualmente, se monitorean frecuentemente los indicadores de desempeño, se controla la cadena de suministro y se dota a las farmacias de personal de refuerzo (se habilitan voluntarios, farmacéuticos jubilados, estudiantes o recién graduados) (Torrente-Villacampa, 2020; Thorakkattil et al., 2021; Ratiopharm, 2021).
- 4) Mejorar la atención al paciente y promover la salud pública: se fomenta la formación y capacitación del personal farmacéutico para poder realizar pruebas diagnósticas rápidas en las farmacias -como PCR o pruebas de antígenos-, administrar vacunas o preparar compuestos, se crean también centros de información y dispensación comunitarios, y se potencia la telefarmacia mediante la creación de centros de atención telefónica (Aruru et al., 2021). Igualmente, se enfatiza la importancia de las farmacias comunitarias para atender, ante esta situación de emergencia, a colectivos de riesgo, vulnerables o desfavorecidos como ancianos, enfermos crónicos, personas sin hogar, mujeres maltratadas y/o con discapacidad física e intelectual (Brands, 2020; Strand et al., 2020). En España se restablece la prestación de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA), se activan servicios de voluntariado para acercar

los medicamentos a los pacientes y se elabora una *Guía Profesional* para mejorar la atención al cliente (Teva, 2020; Acta Sanitaria, 2021; Ratiofarm, 2021).

- 5) Ofrecer educación farmacéutica: se provee de una formación guiada y de calidad a usuarios y profesionales sobre la COVID-19 y sobre los autocuidados físicos y psicológicos que han de procurarse, en clave de formación continua e interprofesional, para poder adaptarse con éxito a las nuevas circunstancias (Salar, 2020; Aruru et al., 2021; Ratiofarm, 2021). Uno de los primeros ejemplos fue el Proyecto de *Guía de Servicios Profesionales Farmacéuticos* en China (Liu et al., 2020). En España, se crea el *Procedimiento de actuación en la Farmacia Comunitaria ante el proceso de desescalada gradual de las medidas adoptadas en la infección por SARS-CoV-2* (Farmacéuticos, 2020).
- 6) Evaluar, investigar y difundir: en base a los resultados obtenidos con las medidas adoptadas, se difunden, se adoptan y promocionan acciones encaminadas a modificarlas, mejorarlas y adaptarlas a cada situación o momento a lo largo de las distintas olas de la pandemia (Thorakkattil et al., 2021). Tal es el caso de los cientos de ensayos clínicos y evaluación de medicamentos realizados durante la pandemia, con especial participación del sector farmacéutico (Liu et al., 2020). En España también se han llevado a cabo varias encuestas y campañas, como “*Siempre de Guardia*”, “*La Cruz de la Farmacia no se Apaga*”, etc. (Farmacéuticos, 2021).

2.2.2.3. Cambios de rol del personal farmacéutico

Se ha pasado desde los últimos años, especialmente a raíz de la pandemia y en respuesta a los cambios acaecidos y a las medidas adoptadas, de un papel de profesional farmacéutico como comercial-vendedor, orientado al cliente y que comercia con ciertos productos, a un profesional clínico comprometido socialmente y centrado en el paciente, que ofrece una serie de servicios relacionados con la salud pública (atención en emergencias, administración y distribución de medicamentos, asesoramiento y orientación, buenas prácticas, colaboración, etc.). Servicios, por otra parte, integrados en una red sanitaria interdisciplinar e intersectorial más amplia (Bragazzi et al., 2020; Espinoza, 2021). Como afirman Sami et al. (2021, p. 3): los farmacéuticos “están siendo reconocidos no solo como profesionales de la salud, sino también como educadores y consejeros de pacientes, mentores e investigadores, formuladores y desarrolladores de negocios creativos, gerentes y líderes, y partes interesadas”.

Si bien el rol del personal farmacéutico como dispensador de medicamentos en pacientes crónicos ya estaba claramente definido antes de la pandemia, durante la misma se ha

destacado el papel de colaborador necesario en el afrontamiento de enfermedades infecciosas que, hasta el momento, se mantenía en un segundo plano y con un bajo perfil, pero que sigue sin estar adecuadamente definido de cara a futuras situaciones de emergencia sanitaria (Berlofa et al., 2021; Cadogan y Hughes, 2021; Espinoza, 2021). En la línea de estos autores, se destaca el papel del farmacéutico comunitario como un profesional que actúa ante la *infodemia* y la *sindemia*. La primera se refiere a una cantidad excesiva de información falsa, engañosa o no contrastada, que circula en torno a una enfermedad pandémica, y que dificulta la formación de una opinión correcta. La segunda, denota la confluencia de una pandemia con otras enfermedades de alta incidencia en la población y que pueden verse agravadas en su interacción o simultaneidad (Baratta, Ciccolella, y Brusa, 2021; Ghibu et al., 2021).

De otro lado, el rol farmacéutico como personal esencial en la prevención, asesoramiento y educación sanitaria, se intensifica durante la pandemia ante la necesidad de gestionar un gran número de cuadros clínicos atípicos y rectificar informaciones erróneas manejadas por los clientes, quienes son reorientados directamente desde las farmacias comunitarias (Salar, 2020; Cadogan y Hughes, 2021; Giua et al., 2021). Por todo ello, a falta de centros hospitalarios o atención médica en zonas rurales, poco desarrolladas, de difícil acceso o escasamente comunicadas, el papel de las farmacias, como punto focal accesible de información, asesoramiento y educación sanitaria, ha cobrado especial relevancia durante la pandemia (Liu et al., 2020; Kretchy et al., 2021; Sami et al., 2021).

2.2.3. Implementaciones y nuevos servicios a raíz de la pandemia

Como sostienen Sami et al. (2021), los nuevos servicios implantados o potenciados por las farmacias comunitarias, tras dos años de pandemia, pueden dividirse en dos categorías:

- 1) Los relacionados con la prevención y el control de la COVID-19.
- 2) Los orientados a la mejora y universalización de la atención al cliente/paciente.

Por su parte, Visacri et al. (2021), citado en Ghibu et al. (2021, p. 8), distinguen tres áreas de actuación:

- 1) Prevención y control de infecciones.
- 2) Provisión, almacenamiento y suministro de EPI y medicamentos.
- 3) Atención al paciente y apoyo a los profesionales sanitarios.

Otra categorización es la de Bragazzi et al. (2021), quienes destacan:

- 1) La clasificación, detección y notificación de posibles casos de COVID.
- 2) Vigilancia activa y alertas tempranas sobre escasez de medicamentos.

- 3) Implantación de servicios de telefarmacia.
- 4) Lucha contra las noticias falsas e información errónea.
- 5) Evaluación física, medición de la presión arterial, control de la fiebre y pruebas de detección de la COVID.

Si bien se han mencionado algunos de estos nuevos o potenciados servicios en párrafos anteriores, se describen y analizan a continuación, y con mayor detalle, los más relevantes y cuya implementación durante la pandemia marcará el futuro de las farmacias comunitarias durante la nueva normalidad y las dirigirá hacia un cambio de paradigma (Broncano, 2020).

2.2.3.1. Digitalización de la farmacia

Cabe resaltar, cuando se habla de nuevos servicios, que muchos son posibles gracias al impulso de la digitalización de las farmacias comunitarias que ya se había iniciado antes de la pandemia, lo que constituye un cambio irreversible y una apuesta de futuro por las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a la hora de proporcionar una adecuada atención al paciente, no sólo durante, sino más allá de la pandemia (Ratiofarm, 2021). Ejemplos de la digitalización en la dispensación de medicamentos y otros productos farmacéuticos en España son el *Sistema Personalizado de Dosificación* (SPD), el *gestor de colas*, la *receta electrónica* o la *venta online* (Teva, 2020).

2.2.3.2. Atención a la ruralidad y a la vulnerabilidad

La apuesta por la “telefarmacia” en USA, como herramienta eficaz en el asesoramiento y seguimiento de los pacientes, sobre todo personas mayores con enfermedades crónicas y/o que habitan en zonas rurales, así como en la selección y dispensación de los medicamentos más adecuados y la prestación de otros servicios sanitarios, es un cambio de paradigma que ha jugado un importante papel durante la pandemia, especialmente en los meses del confinamiento y en zonas donde escasean o son poco accesibles los servicios médicos de atención primaria (Adunlin et al., 2021) o en países poco desarrollados, con nula o escasa accesibilidad a los servicios médicos esenciales, donde las farmacias comunitarias han jugado un papel esencial en la adherencia a los tratamientos de enfermos crónicos y personas vulnerables o desfavorecidas, incluso buscando activamente en el mercado internacional los medicamentos necesarios para ciertos pacientes (Kretchy et al., 2021).

A través del servicio de telesalud, los farmacéuticos de todo el mundo desarrollado pudieron potenciar también el servicio de atención a enfermos crónicos mediante entrevistas, asesoramiento y mejora de los tratamientos, o seguridad y resultados clínicos (Como et al.,

2020), con especial relevancia en zonas deprimidas con poco acceso a los servicios sanitarios, donde algunas TIC (como mensajería instantánea y redes sociales) ayudaron a mantener el contacto con los pacientes confinados más vulnerables (Kretchy et al., 2021).

Así ocurre también en España con las entrevistas personalizadas (*tailoring*) que, por distintas razones, se ajustan a los perfiles de pacientes “confundidos, banalizadores o inconscientes y desconfiados o críticos” respecto a sus tratamientos farmacológicos. Igualmente, se aplican para los enfermos crónicos y personas con multimorbilidad, con la pretensión de mejorar los resultados de los tratamientos, una serie de *Estrategias para Promover la Adherencia* recogidas en la *Guía ADHe+* (García-Zaragoza et al., 2020).

En otros países como Australia, donde conseguir la receta médica durante la pandemia, incluso digitalmente, es dificultoso para muchas personas del ámbito rural, con especial vulnerabilidad y/o comorbilidad, se implementa también un *Plan de Beneficios Farmacéuticos* para poder anticipar durante un mes la dispensación de medicamentos previamente recetados, sin necesidad de presentar una nueva receta (Bell et al., 2020).

Por otra parte, en esta línea, se ha mencionado el *SPD* español: un plan de protección destinado a personas más vulnerables o con problemas para gestionar sus autocuidados (ancianos, personas con discapacidad intelectual, trastorno mental, etc.) que permite a las farmacias acreditadas dosificar semanalmente los medicamentos prescritos a los pacientes y controlar su adherencia terapéutica de forma personalizada, en colaboración con la Guardia Civil, Cruz Roja y varias asociaciones de enfermos crónicos complejos, como la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) (Teva, 2020; Torrente-Villacampa, 2020; Cadogan y Hughes, 2021; COF-Teruel, 2021).

2.2.3.3. Dispensación a domicilio

Este servicio de atención remota, pensado para evitar contagios entre la población y los profesionales farmacéuticos, se instaura en China al principio de la pandemia y se extrapola a otros países de todo el mundo (Liu et al., 2020). En España se propone, a comienzos de la pandemia y en la línea de otros países de nuestro entorno, un *Programa de Atención Farmacéutica Domiciliaria* (AFD) para pacientes que lo requieran y cumplan ciertos requisitos de inaccesibilidad (sociales o sanitarios). El Plan se sirve de la receta electrónica para la dispensación de los medicamentos en sustitución de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), los cuales se acondicionan asépticamente, se embalan en la farmacia y son entregados protocolariamente a domicilio por el personal farmacéutico o, excepcionalmente, por servicios externalizados, adoptándose las medidas de seguridad y protección correspondientes

(Baixauli et al., 2020). En otros países, este servicio se extiende también a residencias de ancianos y otros centros asistenciales y sociales no medicalizados (Bell et al., 2020). Según los países, las farmacias podían elegir la entrega personal o por mensajería, como Portugal o Reino Unido, o bien a través de Cruz Roja como Croacia, Italia y España (Ghibu et al., 2021). En nuestro país, unas 850.000 personas se beneficiaron de la entrega a domicilio sólo durante el primer mes de pandemia (Farmacéuticos, 2021).

2.2.3.4. Dispensación online

Igualmente, este otro servicio remoto online comienza en China a través de WeChat (Liu et al., 2020). Entre otros, se introduce la *Prescripción por Imágenes Digitales*, gracias a la cual se valida el envío por e-mail, mensajería instantánea, etc. de una fotocopia o escaneado de las recetas médicas. Como refuerzo, se implanta también en otros países la prescripción o receta electrónica (*e-Prescribing*) (Bell et al., 2020). En España, se crea el *Protocolo Adaptado de la Guía ADHe+ durante la Dispensación con Receta Electrónica* en España (García-Zaragoza et al., 2020). Además, se añade a la pública, la receta electrónica privada con igual vigor (Farmacéuticos, 2021). Sin embargo, este sistema presenta en algunos países el inconveniente de que un considerable porcentaje de personas (en torno a un tercio) aprovecharon el servicio para adquirir sustancias dopantes o psicoactivas por internet (Jairoun et al., 2021, citado en Ghibu et al., 2021, p. 10).

2.2.3.5. Preparación de geles y fórmulas magistrales

Si bien esta ha sido una actividad tradicional en las antiguas boticas venida a menos en la actualidad, ante la escasez al principio de la pandemia de desinfectantes y ciertos geles, pomadas y ungüentos medicamentosos, y siguiendo las recomendaciones de la OMS, la preparación de estos productos en las farmacias comunitarias en buena parte de la UE, así como de otros medicamentos más complejos en los laboratorios de las facultades de farmacia, fueron esenciales para atender la gran demanda (Ghibu et al., 2021).

2.2.3.6. Triage, información y asesoramiento

A lo largo de la pandemia, los farmacéuticos comunitarios clasificaron, informaron y asesoraron a la población de forma presencial o telemática, y evaluaron los síntomas de COVID-19 para redirigir al paciente contagiado a otros servicios médicos, con especial atención a los enfermos crónicos, ancianos y/o pacientes renales (Malhi et al., 2020, citado en Ghibu et al., 2021, p. 9).

Análogamente, en España se activa el servicio de *Cribados COVID-19 y de Detección Precoz* mediante muestras salivares (Acta Sanitaria, 2021), y la Organización Farmacéutica Colegial dota a los profesionales de un arsenal de herramientas documentales, formativas y tecnológicas para capacitar a los farmacéuticos comunitarios y prevenir los contagios (Torrente-Villacampa, 2020; COF-Teruel, 2021). A través de diversos canales (portal web, medios de comunicación, guías y redes sociales) el servicio se extiende a unas 22.100 farmacias comunitarias en todo el país, quienes llevan a cabo una serie de iniciativas técnicas, protocolarias, informativas, sociales y divulgativas para actuar ante personas contagiadas, prevenir el contagio, detener la propagación y anular las noticias falsas (Torrente-Villacampa, 2020; Farmacéuticos, 2021).

Además, se promueve el uso racional de los medicamentos, mediante la revisión y supervisión farmacéutica, hecho especialmente relevante en países menos desarrollados, muy dependientes de la importación y con menos acceso a los productos farmacéuticos y a la información sanitaria, donde muchas personas, sobre todo enfermos crónicos, se automedicaban en base a informaciones erróneas (Kretchy et al., 2021).

2.2.3.7. Ampliación de competencias

Para descongestionar los servicios médicos públicos durante el comienzo de la pandemia, se evalúan y se tratan directamente en las farmacias comunitarias, de forma gratuita si posteriormente se presenta receta del tratamiento recibido, algunas incidencias de baja agudeza como alergias, erupciones cutáneas, resfriados comunes y molestias gastrointestinales (Cadogan y Hughes, 2021).

Si bien no es el caso de España, en algunos países como Reino Unido, Irlanda o Canadá, también con el propósito de aliviar la afluencia a los Centros de Salud Primaria, se implantó la *Prescripción No Médica*, por la cual los farmacéuticos comunitarios adquieren la capacidad legal de dispensar “recetas repetidas” durante ciertos tratamientos, al igual que ciertos suministros de emergencia (Cadogan y Hughes, 2021). En nuestro país sí se amplían de forma específica ciertos servicios farmacéuticos asistenciales y de dispensación para personas vulnerables y se establecen vías de colaboración institucional con Cruz Roja, Cáritas, ONG, etc. (Farmacéuticos, 2021).

Apoyados en la experiencia de las farmacias comunitarias en la realización de pruebas de glucemia, colesterol, presión arterial y de diversos antígenos, quince países europeos (incluido España) permitieron la realización de pruebas de COVID por PCR o pruebas rápidas. Pero quizás la más controvertida de ampliaciones de competencias sea la de poder vacunar

a la población de la COVID-19, y de otras enfermedades, como medida de prevención en futuras emergencias sanitarias (Como et al., 2020). Si bien en algunos países de la UE, Australia o EEUU se permitieron y consiguieron una inmunización poblacional más rápida según algunos estudios, no todo el sector farmacéutico y administraciones de otros países, como España, quisieron asumir esta actividad. Por el contrario, una mayoría dejó clara la posibilidad de vacunar a la población en las farmacias comunitarias (Ghibu et al., 2021; Maidment et al., 2021).

3. Metodología

3.1. Objetivos del estudio empírico

- ✓ Describir estadísticamente las respuestas de los sujetos de la muestra al cuestionario creado para la ocasión (distribución empírica de frecuencias e índices estadísticos).
- ✓ Determinar la influencia de las características sociodemográficas de los respondientes sobre las variables nucleares medidas en el cuestionario (contrastos de medias).

3.2. Estudio empírico (encuesta)

3.2.1. Participantes y muestreo

Se encuestó a un total de 71 profesionales del sector farmacéutico de Ceuta de forma anónima, voluntaria y confidencial, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico exhaustivo con objeto de lograr la máxima representatividad muestral, de modo que todas las farmacias de Ceuta participaron en la encuesta (24 farmacias).

3.2.2. Método y diseño de investigación

La elaboración del cuestionario (inclusión de escalas y subescalas y el agrupamiento de los ítems en cada una de ellas) se ha basado en dos tipos de fuentes:

- 1) Revisión bibliográfica: gracias al análisis de los artículos seleccionados, se identificaron los principales servicios afectados y las medidas que las farmacias comunitarias de todo el mundo adoptaron frente a la crisis sanitaria. Esto sirvió como una primera aproximación al fenómeno.
- 2) Juicio de expertos: se llevaron a cabo entrevistas con los responsables y trabajadores de algunas de las farmacias comunitarias de Ceuta para conocer, de primera mano, los aspectos que más se vieron afectados durante la pandemia, las adaptaciones y cambios realizados en sus respectivas farmacias y los nuevos servicios

implantados, destacando la inestimable aportación del farmacéutico titular de la Farmacia Hispania, D. Alberto José Ramírez Sánchez, para quien trabajo actualmente.

Se plantea una metodología analítica y participativa de encuesta, realizada desde el 1 al 28 de febrero de 2022, coincidiendo con la sexta ola (variante ómicron). Mediante visitas presenciales a todas las farmacias ceutíes, se difundió un cuestionario creado para la ocasión (Apéndice), donde los sujetos tenían que contestarlo con la técnica de lápiz y papel, rodeando con un círculo la repuesta que más se aproximaran a su situación o parecer. Posteriormente, se registraron y codificaron numéricamente las respuestas de los sujetos encuestados (medidas en escalas tipo Likert) para su posterior análisis estadístico, creando una base de datos numérica con los sujetos en filas y las variables en columna.

Se aplica para ello un diseño cuantitativo, transversal y cuasi-experimental. Cuantitativo porque se obtuvieron los sumatorios de las respuestas a los ítems en cada escala y subescala, obteniendo así factores cuantitativos o numéricos. Transversal porque todos los sujetos se midieron en un mismo período y lo que comparamos son grupos de sujetos. Y cuasi-experimental porque los sujetos no se seleccionaron al azar, sino que estaban previamente establecidos, y porque no hay manipulación de las variables analizadas.

3.2.3. Instrumento: subescalas y variables

Se trata de un cuestionario creado para la ocasión (Apéndice, epígrafe 8.4), formado por 61 ítems medidos mayoritariamente en escalas ordinales o cuasi-cuantitativas (tipo Likert), de 4 o 5 opciones de respuesta y ordenadas de menor a mayor cantidad o intensidad del atributo medido, que reflejan el grado de cambio de ciertos servicios y actuaciones farmacéuticas durante la pandemia, a juicio de los respondientes, respecto a la previa de la misma. En el Apéndice (epígrafe 8.4) se detallan las subescalas que estructuran el cuestionario, las variables que componen cada una de ellas y las opciones de respuesta a elegir.

3.2.4. Análisis estadísticos

Se realizan tres tipos de análisis estadísticos: métricos, descriptivos e inferenciales (contrastes de medias). Para los análisis principales, se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 25.0. Así mismo, en las pruebas de significación estadística (contrastes de medias) se fijó un nivel de significación del 5% ($\alpha = 0,05$). Para informar del tamaño del efecto y de la potencia del contraste en los análisis inferenciales que resultaron significativos, se usó la aplicación G*Power 3.0. Según los criterios seleccionados por Cárdenas y Arancibia (2019) la interpretación de ambos parámetros resulta como sigue:

Cuadro 8.

Valores referenciales para la interpretación del tamaño de efecto y potencia del contraste.

	Tamaño del efecto			Potencia	
	Pequeño	Mediano	Grande	Estadístico d de Cohen	Valor
Puebas t y U de Mann-Whitney	0,2	0,5	0,8		$\geq 0,8$
Anova Unifactorial y H de Kruskal-Wallis	0,1	0,25	0,4	F ²	$\geq 0,8$

A) Análisis Métricos: Se analiza la fiabilidad de cada escala y subescala (consistencia interna de los ítems) y la fiabilidad global del test completo a través de coeficiente alpha de Cronbach. Este índice mide hasta qué punto un mismo sujeto responde de forma similar a todos los ítems que miden lo mismo, o bien la capacidad de un conjunto de ítems para medir un único factor. En este sentido, los valores referenciales de interpretación del coeficiente alpha son los siguientes (George y Mallery, 2003), citado en Frías-Navarro (2019, p. 11):

- Si alfa > .90 a .95 es excelente.
- Si alfa > .80 es bueno.
- Si alfa > .70 es aceptable.
- Si alfa > .60 es cuestionable.
- Si alfa < .50 es inaceptable.

B) Análisis Descriptivos: se analizan las distribuciones empíricas de frecuencias de las respuestas dadas a cada ítem y se calculan los índices de tendencia central más adecuados según el tipo de variable medida (moda en escalas nominales y/o mediana en ordinales) con el objeto de tratar el perfil de los respondientes. Posteriormente, se calculan los sumatorios de los ítems que componen cada subescala, excepto la escala sociodemográfica y laboral, para transformarlas en variables cuantitativas y calcular los índices de posición (cuartiles), de tendencia central (moda, mediana y media) y de variabilidad (desviación típica).

C) Análisis Inferenciales comparativos (contrastes de medias): se analiza la significación de las diferencias de medias en las variables cuantitativas analizadas (escalas y subescalas) en función de cada factor sociodemográfico. En caso de cumplimiento de los requisitos de normalidad (mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov) y/o de homogeneidad de varianzas de error (mediante el estadístico de Levene), se aplican las pruebas paramétricas T de Student o ANOVA para los factores con categorías dicotómicas y ordinales respectivamente. En caso de incumplimiento de estos requisitos, se utilizan como alternativa las pruebas no paramétricas equivalentes U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis respectivamente. En aquellos casos donde se analizan comparaciones múltiples a posteriori (*post hoc*) se aplican

el estadístico t de Tukey o la prueba de Games-Howell dependiendo de si se cumple o no el supuesto de la homogeneidad de varianzas de error. Se emplean contrastes de medias como procedimiento más adecuado porque las variables nucleares o dependientes del cuestionario (escalas y subescalas) son cuantitativas, porque las variables sociodemográficas y laborales son cualitativas, porque el tamaño de la muestra es grande ($n \geq 30$) y porque queremos conocer si las medias de cada variable dependiente en cada categoría de las independientes difieren significativamente.

4. Resultados

4.1. Análisis métricos (fiabilidad del instrumento)

Para aportar una primera evidencia científica del cuestionario confeccionado para el presente estudio, se calcula su fiabilidad, entendida como consistencia interna de los ítems y para cada una de las escalas y subescalas, así como para la fiabilidad global del instrumento, mediante el coeficiente alpha de Cronbach (tabla 94, apéndice). El siguiente cuadro resume los resultados de estos análisis y su interpretación (Frías-Navarro, 2019).

Cuadro 8.

Fiabilidad del instrumento.

Escalas y subescalas	Número de ítems	Alpha de Cronbach (α)	Interpretación (consistencia interna)
Escala II: afectación de los servicios	16 (del 7 al 22)	0,819	Buena
<i>Subescala II-A: servicios básicos o esenciales</i>	8 ítems (del 7 al 14)	0,838	Buena
<i>Subescala II-B: servicios complementarios</i>	4 ítems (del 15 al 18)	0,586	Pobre
<i>Subescala II-C: servicios colaborativos</i>	4 ítems (del 19 al 22)	0,753	Aceptable
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	24 (del 23 al 46)	0,782	Aceptable
<i>Subescala III-A: higiene y prevención del contagio</i>	6 ítems (del 23 al 28)	0,639	Cuestionable
<i>Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia</i>	4 ítems (del 29 al 32)	0,461	Inaceptable*
<i>Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos</i>	6 ítems (del 33 al 38)	0,682	Cuestionable
<i>Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia</i>	8 ítems (del 39 al 46)	0,748	Aceptable
Escala IV: servicios de atención al cliente	15 ítems (del 47 al 61)	0,673	Cuestionable
<i>Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos</i>	9 ítems (del 47 al 55)	0,711	Aceptable

<i>Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing</i>	6 ítems (del 56 al 61)	0,667	Cuestionable
Fiabilidad global del test	Todos los ítems	0,865	Buena

(*) Esto significa que las respuestas de los sujetos a los ítems que componen esa subescala no siguen una misma línea de respuesta, es decir, que los ítems miden cosas distintas y no se agrupan en un único factor, si no en varios. Sin embargo, esto no les resta validez, tampoco afecta a los resultados del estudio y, además, hay que tener en cuenta que la fiabilidad global del test es buena, pese a la inaceptabilidad de la subescala "Ajustes". Por tanto, se obvia este resultado por el momento.

4.2. Análisis descriptivos

A la hora de realizar este tipo de análisis, y para facilitar la comprensión del lector, conviene aclarar que, en la redacción de los resultados, para cada escala y subescala, se ha puesto el foco en tres tipos de datos:

- 1) Los valores o categorías modales de los ítems que componen cada escala y subescala, es decir, se hace hincapié en las categorías de mayores frecuencias o porcentajes (moda de la distribución), lo cual nos permite obtener los valores mayormente elegidos por los respondientes. Sin embargo, tener sólo en cuenta las modas produce un considerable sesgo, o sea, proporciona una información parcial de la realidad.
- 2) Para evitar dicho sesgo y aumentar el espectro de la realidad, se pone el foco, en segundo lugar, en el número o porcentaje de personas que consideraron que los servicios estuvieron bastante o muy afectados en sus respectivas farmacias (se analiza el agrupamiento de estas dos categorías). Análogamente, en el caso de las adaptaciones y cambios acometidos, se informa de las personas que sí experimentaron cambios y medidas a consecuencia de la pandemia en sus puestos de trabajo y con qué intensidad o frecuencia (algo, bastante, mucho), agrupando igualmente las categorías que indican sí afectación o sí cambios. En los casos en que hay un amplio consenso en las respuestas (los valores modales son los de la gran mayoría) se obvia este tipo de dato y no se informa.
- 3) Cuando hablamos de medidas adoptadas, se informa en un tercer apartado del porcentaje de personas que consideran que dichas medidas se están manteniendo en la actualidad y en qué grado (bajo, medio o alto).

4.2.1. Escala I: aspectos sociodemográficos y laborales

- 1) El perfil modal de la persona encuestada (tablas y figuras 1 a 6, Apéndice) queda definido por una mujer (52,1%) de entre 18 y 35 años (46,5%), graduada universitaria

o con FP superior (40,8%), que pertenece al grupo cultural o religioso cristiano (69%) y que trabaja en una farmacia ubicada en el distrito postal 2 de la ciudad (50,7%) ocupando el puesto de facultativo (47,9%).

- 2) Como hechos destacables (tablas y figuras 1 a 6, Apéndice), el número de hombres y mujeres encuestados resultó bastante similar, un 33,8% tiene entre 46 y 65 años, un 19,7% cuenta con un máster o estudios de postgrado, un 22,5% es de religión musulmana, un 8,5% pertenece a otros grupos culturales, un 39,4% de las farmacias encuestadas se ubican en el centro de la ciudad y más de la mitad de los profesionales (un 52,2%) ocupan puestos de técnicos o auxiliares (25,4% y 26,8% respectivamente).

4.2.2. Escala II: afectación de los servicios

A) Subescala II-A. Servicios básicos y esenciales:

- 1) La opinión mayoritaria de los respondientes o valores modales entre los servicios farmacéuticos básicos y esenciales (tablas y figuras 7 a 14, Apéndice) es que no se han visto nada afectados durante la pandemia la preparación de geles, ungüentos y fórmulas magistrales (57,7%) ni la farmacovigilancia o detección y notificación de efectos adversos de los tratamientos (40,8%). Sí se han visto algo afectados la adquisición y control de los medicamentos (43,7%), la compra-venta y dispensación de los mismos y de otros productos farmacéuticos (42,3% y 35,2% respectivamente), la información a los pacientes y la verificación de sus tratamientos (46,5%) y el aspecto educacional y soporte a los autocuidados (33,8%). Por último, el servicio más afectado, con la categoría de bastante, fue todo lo relacionado con el asesoramiento a pacientes y usuarios, especialmente durante los comienzos de la pandemia (31%).
- 2) Sin embargo, si agrupamos las categorías de mayor afectación de los servicios básicos (bastante o muy afectados), un 52,1% opina así sobre la dispensación de medicamentos y otros productos y, en la misma proporción, sobre el asesoramiento a los clientes. Casi la mitad (un 49,3%) sobre la educación y el soporte al autocuidado, un 46,5% sobre la compra-venta de medicamentos, un 38% sobre la adquisición y sobre los preparados y fórmulas magistrales y, por último, un 22,6% sobre la farmacovigilancia.

B) Subescala II-B. Servicios complementarios (programas de salud pública):

- 1) Respecto a este grupo de servicios farmacéuticos, la opinión mayoritaria o valores modales (tablas y figuras 15 a 18, Apéndice) es que no se han visto nada afectados durante la pandemia los programas de mantenimiento con metadona (56,3%). Sí se

han visto algo afectados el apoyo y formación a escuelas y entidades (38%) y la identificación de factores de riesgo cardiovasculares entre la población (32,4%). Por último, el servicio más afectado, con la categoría de bastante, fue la identificación precoz de otras patologías (39,4%).

- 2) No obstante, agrupando las categorías de mayor afectación de los servicios complementarios, un 69% opina así sobre la identificación precoz de patologías, un 43,8% sobre el apoyo y formación a escuelas y entidades, un 40,9% sobre la identificación de factores de riesgo cardiovasculares, y un 16,2% sobre los programas de mantenimiento con metadona.

C) Subescala II-C. Servicios colaborativos (uso de medicamentos y autocontrol):

- 1) En cuanto a este tercer grupo de servicios, la opinión mayoritaria o valores modales (tablas y figuras 19 a 22, Apéndice) es que no se ha visto nada afectado durante la pandemia el servicio de dosificación personalizada de medicamentos (59,2%). Sí se han visto algo afectados, de mayor a menor frecuencia, los servicios de soporte al inicio del tratamiento (42,3%), de verificación de parámetros biológicos (38%) y de seguimiento farmacoterapéutico (36,6%).
- 2) Al agrupar las categorías de los servicios colaborativos (bastante y muy afectados), se posicionan en primer lugar la verificación de parámetros biológicos (40,8%), seguida del seguimiento farmacoterapéutico (36,6%), el soporte al inicio del tratamiento (32,4%) y, por último, la dosificación personalizada de medicamentos (9,8%).

4.2.3. Escala III: adaptaciones y cambios organizativos

A) Subescala III-A. Medidas de higiene y prevención del contagio:

- 1) En lo relativo a estas medidas, hay un amplio consenso u homogeneidad en las respuestas. En este sentido, la opinión mayoritaria de los encuestados o valores modales (tablas y figuras 23 a 28, Apéndice) es que, entre el antes y durante la pandemia, apenas ha cambiado la venta al público desde la calle por ventanilla exterior (64,8%). Pero sí han aumentado bastante más que antes, de mayor a menor frecuencia, las señaléticas de las farmacias relativas a la distancia de seguridad y a las medidas de prevención del contagio (71,9%), el uso de equipos y materiales de protección para el personal (76,1%), las medidas de limpieza y desinfección (74,6%) y la apertura del espacio de venta al público mediante la reconfiguración del mobiliario y eliminación de obstáculos (57,7%).

- 2) Por otro lado, el 98,6% de los respondientes opina que estas medidas se están manteniendo en la actualidad, pero difieren en el grado: en un grado bajo se sitúa el 28,6% de los respondientes, en un grado medio el 45,1% y en un grado alto el 25,4%.

B) Subescala III-B. Medidas de ajuste del personal de la farmacia:

- 1) En este caso, la opinión mayoritaria o valores modales (tablas y figuras 29 a 32, Apéndice) es que, entre el antes y durante la pandemia, no se han producido reducciones de personal (76,1%), como tampoco nuevas contrataciones (43,7%) ni cambios en las condiciones laborales, como turnos, vacaciones, salarios, etc. (33,8%).
- 2) Sin embargo, agrupando las categorías que indican la existencia de medidas de ajuste de personal, un 66,2% cree que se produjeron cambios en las condiciones laborales (algo más que antes de la pandemia un 23,9%, bastante más un 22,5% y mucho más un 19,7%). Análogamente, un 56,3% considera que aumentaron las contrataciones de personal de refuerzo (algo más en el 39,4% de los casos, bastante más en el 11,3% y mucho más en el 5,6%). Por último, un 24% opina que se redujo personal por efecto de la menor afluencia de clientes (algo más en un 11,3%, bastante más en la misma proporción y mucho más para el 1,4%).
- 3) De otra parte, un 80,3% afirma que estas medidas se están manteniendo en la actualidad, pero difieren en el grado: en un grado bajo el 32,4%, en un grado medio el 19,7% y en un grado alto otro 19,7%.

C) Subescala III-C. Medidas sobre los productos farmacéuticos:

- 1) En cuanto a estas medidas, la opinión mayoritaria o valores modales (tablas y figuras 33 a 38, Apéndice) es que, entre el antes y durante la pandemia, se mantuvo igual que antes la venta de stock malo o productos menos demandados (36,6%), aunque sí se redujeron algo o mucho más las compras de productos y stocks malos (29,6% en cada caso). Por el contrario, han aumentado mucho más, de mayor a menor frecuencia, las compras de otros productos y stocks buenos (49,3%), las variaciones en los precios (33,8%) y los cambios de proveedores (31%).
- 2) No obstante, al agrupar los valores que indican la existencia de medidas, el 63,4% opina que sí aumentó en distinto grado la venta de stock malo (algo más un 26,8%, bastante más un 22,5% y mucho más un 14,1%). En las demás medidas, los sectores más amplios de la muestra se situaron en la línea de los valores modales, aunque en distinto grado, lo que evidencia aún más las variaciones experimentadas durante la pandemia en la comercialización de los productos farmacéuticos.

- 3) Por último, el 81,6% sostiene que estas medidas se están manteniendo en la actualidad, pero en diferente grado: en un grado bajo el 40,8%, en un grado medio el 33,8% y en un grado alto el 7%.

D) Subescala III-D. Digitalización de la farmacia:

- 1) Para finalizar esta escala con las medidas de digitalización, la opinión mayoritaria o valores modales (tablas y figuras 39 a 46, Apéndice) es que, entre el antes y durante la pandemia, se han mantenido igual que antes, de mayor a menor frecuencia, el uso de la robótica para dispensar medicamentos a modo de cajero automático (76,8%), los sistemas digitales de atención a la discapacidad (76,1%), el uso de recursos digitales audiovisuales en escaparates y lugares estratégicos (62%), la instrucción del personal en nuevas tecnologías (39,4%) y la presencia de internet a través de páginas web, redes sociales, etc. (38%). La muestra considera, sin embargo, que sí ha aumentado algo más la renovación de los sistemas informáticos con nuevas aplicaciones y programas (38%) y el uso de la comunicación telemática (36,6%).
- 2) No obstante, agrupando las categorías que indican la existencia de medidas de digitalización, un 73,2% opina que ha aumentado la renovación de los sistemas informáticos (38% algo más, 21,1% bastante más y 14,1% mucho más). Un 67,6% sostiene que ha aumentado el uso de la comunicación telemática (36,6% algo más, 23,9% bastante más y 7% mucho más). Un 62% afirma que ha aumentado la presencia de internet (un 23,9% algo más, un 22,5 % bastante más y un 15,5% mucho más). Un 60,6% cree que ha aumentado la instrucción del personal en nuevas tecnologías (29,6% algo más, 18,3% bastante más y 12,7% mucho más). Un 38% opina que han aumentado los recursos digitales audiovisuales (26,8% algo más, 7% bastante más y 4,2% mucho más). Un 21,2% apunta a un aumento del uso de la robótica (un 11,3% algo más, un 8,5 % bastante más y un 1,4% mucho más). Y un 23,9% opina que han aumentado los sistemas digitales de atención a la discapacidad (22,5% algo más, 1,4% bastante más y un 4,2% mucho más).
- 3) Así mismo, un 69% afirma que estas medidas se están manteniendo en la actualidad, pero difieren en el grado: en un grado bajo el 45,1%, en un grado medio el 18,3% y en un grado alto otro 5,6%.

4.2.4. Escala IV: servicios de atención al cliente

A) Subescala IV-A. Dispensación de medicamentos y otros productos:

- 1) La opinión mayoritaria de los respondientes (valores modales) entre los servicios de dispensación (tablas y figuras 47 a 55, Apéndice) es que, de mayor a menor frecuencia, se mantienen igual que antes de la pandemia la dispensación de medicamentos hospitalarios (85,9%), la dispensación sin receta ni tarjeta SIP (49,3%) y el agrupamiento de dispensaciones (32,4%). Ha aumentado algo la farmacovigilancia y la atención a domicilio (42,3%), y se ha incrementado mucho más la dispensación de productos COVID (76,1%), el uso de la receta electrónica (53,5%), las dispensación sin receta pero con la tarjeta SIP (35,2%) y la renovación automática de las recetas para enfermos crónicos (29,6%).
- 2) Agrupando los valores indicadores de la implementación de medidas de dispensación, un 67,6% considera que aumentaron los agrupamientos de dispensaciones (28,2% algo más, 22,5% bastante más y 16,9% mucho más) y un 50,7% opina que ha aumentado la dispensación sin receta ni tarjeta SIP (12,7% algo más, 19,7% bastante más y 18,3% mucho más).
- 3) En cuanto al mantenimiento de estas medidas, un 85,9% afirma que se están vigentes en la actualidad, pero difieren en el grado: en un grado bajo el 38%, en un grado medio el 33,8% y en un grado alto otro 14,1%.

B) Subescala IV-B. estrategias de venta y marketing:

- 1) La opinión mayoritaria de los respondientes (valores modales) respecto a las estrategias de venta y marketing de las farmacias comunitarias ceutíes (tablas y figuras 56 a 61, Apéndice) es que no han variado, respecto a antes de la pandemia, ordenados de mayor a menor frecuencia, la venta online y el comercio electrónico (67,6%), la fidelización comercial mediante tarjetas descuento, información online sobre ofertas, recordatorios, etc. (54,9%). Tampoco han variado la experiencia de compra del cliente, en cuanto a rapidez, efectividad, amabilidad, seguridad, conocimientos, etc. ni las campañas comerciales (47,9% en ambos casos). Lo mismo ocurre con la fidelización emocional mediante la familiaridad en el trato y el conocimiento de las prescripciones del cliente (36,6%).
- 2) Al agrupar las categorías indicadoras de la puesta en marcha de estrategias, un 63,4% opina que se ha incrementado la fidelización emocional (15,5% algo más, 35,2% bastante más y 12,7% mucho más). Un 52,1% afirma que también ha mejorado la experiencia de compra del paciente/cliente (11,3% algo más, 28,2% bastante más y 12,7% mucho más) y, en la misma proporción, las campañas comerciales (29,6% algo más, 15,5% bastante más y 7% mucho más). Un 45,1% reporta un aumento de la

fidelización comercial (21,1% algo más, 18,3% bastante más y 5,6% mucho más) y, por último, casi un tercio de los encuestados (32,4%) opina que se han incrementado las ventas online y el comercio electrónico.

- 3) Así mismo, un 71,8% afirma que estas medidas se están manteniendo en la actualidad, pero difieren en el grado: en un grado bajo el 40,8%, en un grado medio el 25,4% y en un grado alto el 5,6%.

4.3. Análisis inferenciales comparativos (contrastes de medias)

4.3.1. Sexo de los respondientes

En caso de cumplimiento del supuesto de normalidad (tabla 62, apéndice), por tratarse el Sexo de una variable categórica, se utiliza para el contraste de medias la prueba paramétrica T de Student para dos grupos independientes (tabla 64, apéndice). En caso contrario, se usa el estadístico no paramétrico equivalente U de Mann-Whitney (tabla 65, apéndice). El siguiente cuadro, resume los resultados de la influencia del sexo sobre las opiniones de los respondientes en las distintas escalas y subescalas. En las pruebas que arrojan diferencias significativas, se informa del tamaño del efecto y de la potencia de los contrastes (Cárdenas y Arancibia, 2019).

Cuadro 8.

*Contraste de medias (sexo * escalas y subescalas).*

Escalas y subescalas	Requisito de normalidad (Kolmogorov-Smirnov)	Prueba estadística	p-valor
Escala II: afectación de los servicios	No ($P_H = 0,04$ y $P_M = 0,07$)	U de Mann-Whitney	0,572
Subescala II-A: servicios básicos o esenciales	Sí ($P_H = 0,2$ y $P_M = 0,121$)	T de Student	0,753
Subescala II-B: servicios complementarios	No ($P_H = 0,2$ y $P_M = 0,019$)	U de Mann-Whitney	0,150
Subescala II-C: servicios colaborativos	No ($P_H = 0,058$ y $P_M < 0,001$)	U de Mann-Whitney	0,288
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	Sí ($P_H = 0,2$ y $P_M = 0,133$)	T de Student	0,435
Subescala III-A: higiene y prevención del contagio	No ($P_H = 0,03$ y $P_M = 0,011$)	U de Mann-Whitney	0,870
Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia	No ($P_H = 0,02$ y $P_M = 0,043$)	U de Mann-Whitney	0,419
Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos	No ($P_H = 0,2$ y $P_M = 0,002$)	U de Mann-Whitney	0,309
Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia	No ($P_H = 0,01$ y $P_M = 0,027$)	U de Mann-Whitney	0,044
Escala IV: servicios de atención al cliente	No ($P_H = 0,081$ y $P_M = 0,037$)	U de Mann-Whitney	0,307

<i>Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos</i>	No (P _H = 0,004 y P _M = 0,043)	U de Mann-Whitney	0,041
<i>Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing</i>	Sí (P _H = 0,091 y P _M = 0,053)	T de Student	0,016

P_H = p-valor en hombres. P_M = p-valor en mujeres.

Resultados:

- *Escala II:* la opinión de los sujetos sobre la Afectación de los Servicios, tanto en la escala total como en sus distintas subescalas, no difiere en función del sexo (p-valor $\geq 0,05$ en todos los casos, cuadro 8).

- *Escala III:* en cuanto a las Adaptaciones y Cambios Organizativos, sólo las opiniones respecto a las medidas de digitalización de la farmacia varían según el sexo (p-valor = 0,044, cuadro 8), de modo que las mujeres (M = 57,65; DT = 8,40) creen que dichas medidas se han adoptado en mayor grado que los hombres (M = 56,00; DT = 9,31) (tabla 63, apéndice). El tamaño del efecto fue pequeño (d de Cohen = 0,1863) y la potencia del contraste inadecuada ($1-\beta = 0,1926$; figura 63, apéndice), por lo que la influencia del sexo en este caso ha de aceptarse con ciertas reservas.

- *Escala IV:* respecto a los Servicios de Atención al Cliente que se implantaron o intensificaron durante la pandemia, se hallaron diferencias significativas en las dos subescalas (p-valor = 0,041 y p-valor = 0,016 respectivamente, cuadro 8).

- En el primer caso, dispensación de medicamentos y otros productos, las mujeres (M = 12,38; DT = 3,74) percibieron la adopción de medidas en un mayor grado que los hombres (M = 10,35; DT = 3,74; tabla 63, apéndice). El tamaño del efecto fue grande (d de Cohen = 0,5944) y la potencia del contraste adecuada ($1-\beta = 0,7975$; figura 64, apéndice).
- En el segundo caso, estrategias de venta y marketing, ocurre lo contrario: ellos son los que creen que se adoptaron más medidas o en mayor grado (M = 35,18; DT = 5,02) respecto a ellas (M = 34,51; DT = 7,26; tabla 63, apéndice). El tamaño del efecto fue pequeño (d de Cohen = 0,1093) y la potencia del contraste inadecuada ($1-\beta = 0,1172$; figura 65, apéndice), por lo que la influencia del sexo también ha de asumirse en este caso con prudencia.

4.3.2. Edad de los respondientes

En caso de cumplimiento del supuesto de normalidad (tabla 66, apéndice), cumpliéndose en todos los casos el requisito de homogeneidad de varianzas de error (F de Levene, $p \geq 0,05$, tabla 67, apéndice) y por categorizarse la edad como variable ordinal, se utiliza la prueba

paramétrica ANOVA (tabla 69, apéndice). En caso de incumplimiento de alguno de ambos supuestos, se usa la prueba no paramétrica equivalente H de Kruskal-Wallis (tabla 70, apéndice). Al no hallarse diferencias significativas debidas a la edad, no se analizan las comparaciones múltiples a posteriori (*post hoc*). El siguiente cuadro resume los resultados de la escasa influencia de la edad sobre las opiniones de los respondientes en las distintas escalas y subescalas.

Cuadro 9.

*Contraste de medias (edad * escalas y subescalas).*

Escalas y subescalas	Requisito de normalidad ^a (Kolmogorov-Smirnov)	Prueba estadística	p-valor
Escala II: afectación de los servicios	Sí ($P_1 = 0,166$, $P_2 = 0,070$ y $P_3 = 0,194$)	ANOVA	0,276
Subescala II-A: servicios básicos o esenciales	Sí (P_1 y $P_3 = 0,200$ y $P_2 = 0,129$)	ANOVA	0,255
Subescala II-B: servicios complementarios	No ($P_1 = 0,004$ y $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,162$)	H de Kruskal-Wallis	0,641
Subescala II-C: servicios colaborativos	No ($P_1 = 0,003$ y $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,823
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	Sí ($P_1 = 0,162$, $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,090$)	ANOVA	0,438
Subescala III-A: higiene y prevención del contagio	No ($P_1 = 0,044$ y $P_2 = 0,001$ y $P_3 = 0,010$)	H de Kruskal-Wallis	0,634
Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia	No ($P_1 = 0,021$ y $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,037$)	H de Kruskal-Wallis	0,605
Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos	No ($P_1 = 0,017$ y $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,513
Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia	No ($P_1 = 0,200$ y $P_2 = 0,085$ y $P_3 = 0,037$)	H de Kruskal-Wallis	0,186
Escala IV: servicios de atención al cliente	Sí (P_1 , P_2 y $P_3 = 0,200$)	ANOVA	0,498
Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos	Sí (P_1 y $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,137$)	ANOVA	0,315
Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing	Sí (P_1 y $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,129$)	ANOVA	0,464

$P_1 = 18-35$ años; $P_2 = 36-45$ años y $P_3 = 46-65$ años.

Resultados: las puntuaciones medias (tabla 68, apéndice) respecto a la opinión sobre la afectación de los servicios (básicos, complementarios y colaborativos), sobre las adaptaciones y cambios organizativos (higiene, prevención del contagio, ajustes de personal y digitalización de la farmacia) y sobre los servicios de atención al cliente (dispensación de medicamentos y estrategias de venta y marketing) no difieren significativamente en función de la Edad de los respondientes ($p\text{-valor} \geq 0,05$ en todos los casos, cuadro 9).

4.3.3. Nivel de formación

Al tratarse de nuevo de una variable ordinal, se aplica análogamente la prueba ANOVA (tabla 74, apéndice) o H de Kruskal-Wallis (tabla 75, apéndice) dependiendo del cumplimiento o no de los requisitos de normalidad (tabla 71, apéndice) y de igualdad de varianzas de error (tabla 72, apéndice). En los contrastes significativos, se analizan por pares las comparaciones múltiples a posteriori (*post hoc*) mediante la T de Tukey (tabla 76, apéndice), dada la existencia de homogeneidad de varianzas de error. Así mismo, se informa del tamaño del efecto de la variable Formación y de la potencia de los contrastes realizados. El siguiente cuadro resume los resultados de la influencia del nivel formativo sobre las opiniones de los respondientes en las distintas escalas y subescalas.

Cuadro 10.

*Contraste de medias (nivel de formación * escalas y subescalas).*

Escalas y subescalas	Requisito de normalidad (Kolmogorov-Smirnov)	Prueba estadística	p-valor
Escala II: afectación de los servicios	Sí ($P_1 = 0,200$, $P_2 = 0,131$, $P_3 = 0,122$ y $P_4 = 0,191$)	ANOVA	0,006
Subescala II-A: servicios básicos o esenciales	No ($P_1 = 0,150$, $P_2 = 0,200$, $P_3 = 0,200$ y $P_4 = 0,048$)	H de Kruskal-Wallis	0,125
Subescala II-B: servicios complementarios	Sí ($P_1 = P_2 = P_3 = P_4 = 0,200$)	ANOVA	0,053
Subescala II-C: servicios colaborativos	No ($P_1 = 0,135$, $P_2 = 0,093$, $P_3 = 0,016$ y $P_4 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,040
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	Sí ($P_1 = 0,063$, $P_2 = 0,200$, $P_3 = 0,197$ y $P_4 = 0,095$)	ANOVA	0,055
Subescala III-A: higiene y prevención del contagio	No ($P_1 = P_2 = 0,200$, $P_3 = 0,001$ y $P_4 = 0,054$)	H de Kruskal-Wallis	0,159
Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia	No ($P_1 = 0,114$, $P_2 = 0,200$, $P_3 = 0,002$ y $P_4 = 0,029$)	H de Kruskal-Wallis	0,469
Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos	Sí ($P_1 = P_3 = 0,200$, $P_2 = 0,052$ y $P_4 = 0,122$)	ANOVA	0,051
Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia	No ($P_1 = 0,114$, $P_2 = 0,200$, $P_3 = 0,002$ y $P_4 = 0,029$)	H de Kruskal-Wallis	0,092
Escala IV: servicios de atención al cliente	Sí ($P_1 = P_2 = P_3 = 0,200$ y $P_4 = 0,189$)	ANOVA	0,375
Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos	Sí ($P_1 = P_2 = P_3 = P_4 = 0,200$)	ANOVA	0,243
Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing	Sí ($P_1 = P_4 = 0,200$, $P_2 = 0,111$ y $P_3 = 0,162$)	ANOVA	0,280

P_1 = sin estudios; P_2 = bachiller o FP medio; P_3 = grado o FP superior y P_4 = máster o postgrado.

Resultados: Las puntuaciones medias obtenidas tras las opiniones de los sujetos (tabla 73, apéndice) arrojan diferencias significativas en dos casos:

- *Escala II (Afectación de los servicios totales):* ANOVA, $p = 0,006$, (cuadro 10). El tamaño del efecto fue grande ($d = 0,5216$) y la potencia del contraste adecuada ($1-\beta =$

0,9553, figura 65, apéndice). Así mismo, las diferencias de medias son relevantes entre todos los niveles educativos analizados por pares (T de Tukey, $p < 0,05$, tabla 76), de modo que son los trabajadores sin estudios los que experimentan una mayor afectación de los servicios ($M = 52$; $DT = 1,73$), seguidas de las que han estudiado un grado o FP superior ($M = 36,41$; $DT = 6,78$), un máster o postgrado ($M = 35,79$; $DT = 8,19$), bachiller o FP medio ($M = 34,25$; $DT = 6,99$) y ESO o FP básico ($M = 33,11$; $DT = 10,39$) (tabla 73, apéndice).

- *Escala II-C (Afectación de servicios colaborativos)*: $p = 0,040$ (cuadro 10). El tamaño del efecto fue grande ($d = 0,4013$) y la potencia del contraste adecuada ($1-\beta = 0,9582$, figura 66, apéndice). En cuanto a las comparaciones múltiples (T de Tukey, $p = 0,027$, tabla 76, apéndice) sólo se obtienen diferencias relevantes de opinión entre las personas sin estudios ($M = 52$; $DT = 1,73$) y las que estudiaron bachiller o FP medio ($M = 34,25$; $DT = 6,99$) (tabla 73, apéndice).

4.3.4. Grupo cultural o religioso

Por ser de nuevo una variable nominal con tres categorías, se aplica la prueba ANOVA (tabla 80, apéndice) o H de Kruskal-Wallis (tabla 81, apéndice) dependiendo del cumplimiento o no de los requisitos de normalidad (tabla 77, apéndice) y de igualdad de varianzas de error (tabla 78, apéndice). En los contrastes significativos, se analizan por pares las comparaciones múltiples a posteriori (*post hoc*) mediante el estadístico de Games-Howell (tabla 82, apéndice) ante el incumplimiento de la homogeneidad de varianzas de error (tabla 78). Finalmente, se informa del tamaño del efecto de la variable Grupo Cultural o Religioso y de la potencia de los contrastes significativos. El siguiente cuadro resume los resultados de la influencia de la cultura o religión sobre las opiniones de los respondientes en las distintas escalas y subescalas.

Cuadro 11.

*Contraste de medias (Grupo cultural o religioso * escalas y subescalas).*

Escalas y subescalas	Requisito de normalidad (Kolmogorov-Smirnov)	Prueba estadística	p-valor
Escala II: afectación de los servicios	No ($P_1 = 0,005$, $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,022$)	H de Kruskal-Wallis	0,321
Subescala II-A: servicios básicos o esenciales	No ($P_1 = 0,200$, $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,036$)	H de Kruskal-Wallis	0,228
Subescala II-B: servicios complementarios	No ($P_1 = 0,058$, $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,015$)	H de Kruskal-Wallis	0,475
Subescala II-C: servicios colaborativos	No ($P_1 = 0,001$, $P_2 = 0,055$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,969

Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	Sí ($P_1 = P_2 = P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis*	0,008
Subescala III-A: higiene y prevención del contagio	No ($P_1 = 0,001$, $P_2 = 0,147$ y $P_3 = 0,020$)	H de Kruskal-Wallis	0,387
Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia	No ($P_1 = 0,020$, $P_2 = 0,101$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,002
Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos	Sí ($P_1 = P_3 = 0,200$ y $P_2 = 0,069$)	ANOVA	0,356
Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia	No ($P_1 < 0,001$ y $P_2 = P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,058
Escala IV: servicios de atención al cliente	No ($P_1 = 0,044$, $P_2 = 0,090$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,397
Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos	Sí ($P_1 = P_2 = P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis*	0,976
Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing	No ($P_1 = 0,064$, $P_2 = 0,007$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,166

P_1 = cristianos; P_2 = musulmanes y P_3 = otros. (*) La Escala III no cumple el requisito de homogeneidad de varianzas de error ($p = 0,036$), como tampoco la subescala IV-A ($p = 0,003$, tabla 78, apéndice) y por ello se usa en ambas, pese al cumplimiento de la normalidad, la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis.

Resultados: Las puntuaciones medias obtenidas tras las opiniones de los sujetos (tabla 79, apéndice) arrojan diferencias significativas en dos casos:

- *Escala III (Adaptaciones y cambios organizativos):* H de Kruskal-Wallis, p -valor = 0,008 (cuadro 11). El tamaño del efecto fue entre mediano y grande ($d = 0,3427$), pero la potencia del contraste inadecuada ($1-\beta = 0,7163$, figura 67, apéndice), por lo que han de asumirse las conclusiones con ciertas reservas. Así mismo, las diferencias de medias son relevantes entre musulmanes y cristianos (Games-Howell, $p = 0,037$, tabla 82, apéndice). De este modo, los primeros ($M = 62,75$; $DT = 10,06$) perciben significativamente más que los segundos ($M = 55,47$; $DT = 7,47$) la existencia de más adaptaciones y cambios organizativos durante la pandemia (tabla 79, apéndice).
- *Subescala III-B (Ajustes del personal de la farmacia):* H de Kruskal-Wallis, p -valor = 0,002 (cuadro 11). El tamaño del efecto fue grande ($d = 0,4765$) y la potencia del contraste adecuada ($1-\beta = 0,9496$, figura 68, apéndice). Igualmente, las diferencias de medias resultan relevantes entre ambos grupos culturales (Games-Howell, $p = 0,007$, tabla 82, apéndice). De este modo, los musulmanes ($M = 9,62$; $DT = 2,68$) experimentaron significativamente más ajustes de personal durante la pandemia que los cristianos ($M = 7,10$; $DT = 2,21$) (tabla 79, apéndice).

4.3.5. Código postal de la farmacia

Por tratarse de nuevo una variable nominal, esta vez con cuatro categorías (pues ninguna farmacia se ubicaba en el código postal 51005 de la ciudad), se aplica de nuevo la prueba

ANOVA (tabla 86, apéndice) o H de Kruskal-Wallis (tabla 87, apéndice) dependiendo del cumplimiento o no de los requisitos de normalidad (tabla 83, apéndice) y de igualdad de varianzas de error (tabla 84, apéndice). En los contrastes significativos, el programa no lleva a cabo las comparaciones múltiples a posteriori (post hoc) por la constancia en algunas de las categorías (CP = 51004 y CP = 51005). Por último, se informa del tamaño del efecto de la variable Código Postal y de la potencia de los contrastes significativos. El siguiente cuadro, resume los resultados de la influencia de la ubicación de la farmacia sobre las opiniones de los respondientes en las distintas escalas y subescalas.

Cuadro 12.

*Contraste de medias (Código postal * escalas y subescalas).*

Escalas y subescalas	Requisito de normalidad ^a (Kolmogorov-Smirnov)	Prueba estadística	p-valor
Escala II: afectación de los servicios	No ($P_1 = 0,015$, $P_2 = 0,006$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,976
Subescala II-A: servicios básicos o esenciales	Sí ($P_1 = 0,200$, $P_2 = 0,057$ y $P_3 = 0,134$)	ANOVA	0,899
Subescala II-B: servicios complementarios	No ($P_1 = 0,033$, $P_2 = 0,073$ y $P_3 = 0,057$)	H de Kruskal-Wallis	0,836
Subescala II-C: servicios colaborativos	No ($P_1 = 0,005$, $P_2 = 0,093$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,669
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	No ($P_1 = P_3 = 0,200$ y $P_2 = 0,001$)	H de Kruskal-Wallis	< 0,001
Subescala III-A: higiene y prevención del contagio	No ($P_1 = 0,008$, $P_2 = 0,068$ y $P_3 = 0,160$)	H de Kruskal-Wallis	0,203
Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia	No ($P_1 = 0,020$, $P_2 = 0,101$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,032
Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos	No ($P_1 = 0,023$, $P_2 = 0,010$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,006
Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia	Sí ($P_1 < 0,152$ y $P_2 = 0,055$ y $P_3 = 0,110$)	H de Kruskal-Wallis*	< 0,001
Escala IV: servicios de atención al cliente	No ($P_1 = 0,015$ y $P_2 = P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,048
Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos	Sí ($P_1 = 0,061$ y $P_2 = 0,056$ y $P_3 = 0,200$)	ANOVA	0,237
Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing	No ($P_1 = 0,007$, $P_2 = 0,002$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,034

$P_1 = 51001$; $P_2 = 51002$ y $P_3 = 51003$. (*) La Escala III-D no cumple el requisito de homogeneidad de varianzas de error ($p = 0,036$, tabla 84, apéndice) y por ello se usa en esta subescala, pese al cumplimiento de la normalidad, la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis.

Resultados: Las puntuaciones medias obtenidas tras las opiniones de los sujetos (tabla 85, apéndice) arrojan diferencias significativas en seis casos:

- *Escala III (Adaptaciones y cambios organizativos):* H de Kruskal-Wallis, p-valor < 0,001 (cuadro 12). El tamaño del efecto fue grande ($d = 0,5920$) y la potencia del contraste

adecuada ($1-\beta= 0,9609$, figura 69, apéndice). Así pues, las mayores adaptaciones y cambios lo experimenta la única farmacia ubicada en el código postal 51004 (Barriada de Benzú, al noroeste de la ciudad; $M = 69$; $DT = 0,00$), seguida de las ubicadas en el código 51001 (zona centro; $M = 61,18$; $DT = 7,62$), el código 51003 (zona de El Príncipe, al suroeste; $M = 57,5$; $DT = 12,85$) y el 51002 (zona cardinal media que engloba las barriadas O'Donnell, Manzanera, Hadú, Los Rosales, Hospital Militar, etc.; $M = 53,6$; $DT = 7,29$) (tabla 85, apéndice).

- *Subescala III-B (Ajustes de personal)*: H de Kruskal-Wallis, p-valor = 0,032 (cuadro 12). El tamaño del efecto fue grande ($d = 0,4782$) y la potencia del contraste adecuada ($1-\beta= 0,9227$, figura 70, apéndice). De este modo, los mayores ajustes se produjeron en las farmacias del código postal 51003 ($M = 10,33$; $DT = 1,86$, tabla), seguido del 51001 ($M = 7,46$; $DT = 2,41$) y muy de cerca por el 51002 ($M = 7,42$; $DT = 2,48$), cerrando la única farmacia del 51004 ($M = 7,00$; $DT = 0,00$) (tabla 85, apéndice).
- *Subescala III-C (Medidas sobre los productos)*: H de Kruskal-Wallis, p-valor = 0,006 (cuadro 12). El tamaño del efecto fue grande ($d = 0,4120$) y la potencia del contraste adecuada ($1-\beta= 0,8195$, figura 71, apéndice). Así pues, el orden de adopción de medidas sobre los productos farmacéuticos, de mayor a menor grado, se llevaron a cabo en las farmacias del código postal 51004 ($M = 21,00$; $DT = 0,00$), 51001 ($M = 17,18$; $DT = 3,01$), 51003 ($M = 15,67$; $DT = 7,06$) y 51002 ($M = 14,56$; $DT = 7,06$) (tabla 85, apéndice).
- *Subescala III-D (Digitalización de la farmacia)*: H de Kruskal-Wallis, p-valor < 0,001 (cuadro 12). El tamaño del efecto fue grande ($d = 0,7827$) y la potencia del contraste adecuada ($1-\beta = 0,9999$, figura 72, apéndice). Por tanto, el orden de adopción de medidas de digitalización, de mayor a menor grado, se aplicaron en las farmacias del código postal 51004 ($M = 20$; $DT = 0$), 51001 ($M = 17,04$; $DT = 4,51$), 51003 ($M = 13,17$; $DT = 3,54$) y 51002 ($M = 12,75$; $DT = 3,00$) (tabla 85, apéndice).
- *Subescala IV (Servicios de atención al cliente)*: H de Kruskal-Wallis, p-valor = 0,048 (cuadro 12). El tamaño del efecto fue grande ($d = 0,4164$) y la potencia del contraste adecuada ($1-\beta = 0,8269$, figura 73, apéndice). En conclusión, el orden de implementación o refuerzo de los servicios de atención al cliente, de mayor a menor grado, se produjeron en las farmacias del código postal 51004 ($M = 38$; $DT = 0,00$), 51001 ($M = 37,07$; $DT = 5,64$), 51002 ($M = 33,31$; $DT = 6,40$) y 51003 ($M = 33,00$; $DT = 6,13$) (tabla 85, apéndice).

- *Subescala IV-B (Estrategias de venta y marketing):* H de Kruskal-Wallis, p-valor = 0,034 (cuadro 12). El tamaño del efecto fue grande ($d = 0,5089$) y la potencia del contraste adecuada ($1-\beta = 0,9520$, figura 74, apéndice). De este modo, el orden de potenciación de estrategias de venta, de mayor a menor grado, se dieron en las farmacias del código postal 51001 ($M = 12,5$; $DT = 3,67$), 51002 ($M = 11,00$; $DT = 3,58$), 51004 ($M = 10,00$; $DT = 0,00$) y 51003 ($M = 9,00$; $DT = 0,89$) (tabla 85, apéndice).

4.3.6. Puesto que ocupa en la farmacia

Por tratarse una vez más de una variable nominal con tres categorías, se aplica de nuevo la prueba ANOVA (tabla 91, apéndice) o H de Kruskal-Wallis (tabla 92, apéndice) en función del cumplimiento o no del requisito de normalidad (tabla 88, apéndice) y de igualdad de varianzas de error (tabla 89, apéndice). En los contrastes significativos, se analizan por pares las comparaciones múltiples a posteriori (*post hoc*) mediante el estadístico T de Tukey y Games-Howell (tabla 93, apéndice) según el cumplimiento o no del requisito de homogeneidad de varianzas de error (tabla 89). Finalmente, se informa del tamaño del efecto de la variable Puesto en la Farmacia y de la potencia de los contrastes significativos. El siguiente cuadro resume los resultados de la influencia del puesto sobre las opiniones de los respondientes en las distintas escalas y subescalas.

Cuadro 13.

*Contraste de medias (Puesto en la farmacia * escalas y subescalas).*

Escalas y subescalas	Requisito de normalidad ^a (Kolmogorov-Smirnov)	Prueba estadística	p-valor
Escala II: afectación de los servicios	Sí ($P_1 = 0,055$ y $P_2 = 0,118$ y $P_3 = 0,126$)	ANOVA	0,208
Subescala II-A: servicios básicos o esenciales	No ($P_1 = 0,200$, $P_2 = 0,024$ y $P_3 = 0,005$)	H de Kruskal-Wallis	0,299
Subescala II-B: servicios complementarios	Sí ($P_1 = 0,055$ y $P_2 = 0,118$ y $P_3 = 0,126$)	ANOVA	0,377
Subescala II-C: servicios colaborativos	No ($P_1 = 0,076$, $P_2 = 0,029$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,154
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	Sí ($P_1 = 0,160$ y $P_2 = 0,153$ y $P_3 = 0,200$)	ANOVA	0,012
Subescala III-A: higiene y prevención del contagio	No ($P_1 = 0,01$, $P_2 = 0,200$ y $P_3 = 0,029$)	H de Kruskal-Wallis	0,135
Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia	No ($P_1 = P_3 = 0,200$ y $P_2 = 0,013$)	H de Kruskal-Wallis	0,357
Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos	No ($P_1 = 0,023$, $P_2 = 0,010$ y $P_3 = 0,200$)	H de Kruskal-Wallis	0,045
Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia	Sí ($P_1 = 0,005$, $P_2 = 0,002$ y $P_3 = 0,041$)	H de Kruskal-Wallis	0,124
Escala IV: servicios de atención al cliente	Sí ($P_1 = P_2 = P_3 = 0,200$)	ANOVA	0,364

<i>Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos</i>	No ($P_1 = 0,200$, $P_2 = 0,044$ y $P_3 = 0,132$)	H de Kruskal-Wallis	0,443
<i>Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing</i>	No ($P_1 = P_3 = 0,200$ y $P_2 = 0,007$)	H de Kruskal-Wallis	0,359

P_1 = facultativos; P_2 = técnicos y P_3 = auxiliares. (*) La Escala III-A tampoco cumple el requisito de homogeneidad de varianzas de error ($p = 0,048$, tabla 89, apéndice).

Resultados: Las puntuaciones medias obtenidas tras las opiniones de los sujetos (tabla 90, apéndice) arrojan diferencias significativas en dos casos:

- *Subescala III (Adaptaciones y cambios organizativos):* ANOVA, p -valor = 0,012 (cuadro 13). El tamaño del efecto fue entre mediano y grande ($d = 0,3462$) y la potencia del contraste inadecuada ($1-\beta = 0,7255$, figura 74, apéndice), por lo que hay que asumir las conclusiones con cierta reserva. Por otro lado, las diferencias de medias, analizadas por pares, son relevantes sólo entre los técnicos y auxiliares (T de Tukey, $p = 0,10$, tabla 93, apéndice), de modo que son estos últimos ($M = 61,47$; $DT = 9,20$) quienes en mayor grado experimentaron las adaptaciones y cambios organizativos con respecto a los técnicos ($M = 53,17$; $DT = 8,46$), quienes fueron los que menos percibieron estos cambios, mientras que los facultativos se sitúan en niveles intermedios ($M = 56,24$; $DT = 7,87$) (tabla 90, apéndice).
- *Subescala III-C (Medidas sobre los productos farmacéuticos):* H de Kruskal-Wallis, p -valor = 0,045 (cuadro 13). El tamaño del efecto fue mediano ($d = 0,2941$) y la potencia del contraste inadecuada ($1-\beta = 0,5745$, figura 75, apéndice), por lo cual se aceptan las conclusiones con prudencia. En este caso, al analizar las comparaciones múltiples a posteriori (*post hoc*) el programa no detecta significaciones por pares (Games-Howell $\geq 0,05$ en todos los casos, tabla 93, apéndice) con lo cual, se informa del orden de medias de las medidas sobre los productos farmacéuticos que, de mayor a menor cuantía, se corresponde con los auxiliares ($M = 17,21$; $DT = 3,71$), los facultativos ($M = 15,83$; $DT = 2,99$) y los técnicos ($M = 14,11$; $DT = 4,76$) (tabla 90, apéndice).

5. Discusión y conclusiones

1) Escala II. afectación de los servicios:

1.1.) *Subescala II-A. Servicios básicos y esenciales:*

A raíz de la pandemia por COVID-19, las farmacias comunitarias ceutíes han visto afectados sus servicios. En Ceuta destacan, como servicios más básicos o esenciales, la educación para los autocuidados, hallazgos que se alinean con los estudios realizados por Bahlol y

Dewey (2021), así como la adquisición, compra-venta, dispensación y control de medicamentos y otros productos de alta demanda, confirmando así los resultados publicados por Bell et al. (2020) o por Jovičić-Bata et al. (2021). Sin embargo, a diferencia de las investigaciones de Salar (2020) o Ghibu et al (2021), en Ceuta no variaron significativamente la preparación de fórmulas magistrales ni la farmacovigilancia, sobre todo de ancianos, enfermos crónicos y otros colectivos vulnerables, tal cual apuntaban Brands (2020) y Strand et al. (2020),

1.2) Subescala II-B y III-B. Servicios complementarios y servicios colaborativos:

Tampoco variaron, dentro de los servicios complementarios de salud pública, los programas de metadona para las personas adictas o, dentro de los servicios colaborativos, la dosificación personalizada de medicamentos. Por el contrario, a favor de las conclusiones emitidas por Pinzón et al. (2020), sí disminuyeron, como servicios complementarios, la formación en escuelas y otras entidades, muy al contrario de los postulados de Baratta, Ciccolella, y Brusa (2021) o Maidment et al. (2021), a la par que se vieron también afectados en cierta medida la identificación de pacientes con riesgo cardiovascular u otras patologías y, dentro de los servicios colaborativos, la verificación de parámetros biológicos, el seguimiento farmacoterapéutico y el soporte al inicio de los tratamientos.

2) Escala III. adaptaciones y cambios organizativos:

2.1) Subescala III-A. Medidas de higiene y prevención del contagio

Ante estas afectaciones de servicios, la pandemia también ha obligado a las farmacias comunitarias ceutíes, como al resto del sector en España y en el mundo, a realizar notables adaptaciones estructurales y organizativas. Una de ellas, como apuntaban Ghibu et al. (2021), Hoti et al. (2021) o Thorakkattil et al. (2021), fue la adopción de medidas de higiene y prevención del contagio, lo que obligó a implementar más señaléticas, limitar los aforos, incrementar el uso de materiales de detección de síntomas COVID (termómetros de infrarrojos) y de los equipos de protección y prevención (hidrogeles, EPIS, mascarillas, guantes, etc.), a realizar una mayor limpieza y desinfección del local, a reconfigurar su mobiliario para abrir espacios sin obstáculos o crear barreras físicas (mamparas u otros métodos) que garantizaran la distancia de seguridad entre profesionales y clientes, como así ponían de relieve Jovičić-Bata et al. (2021). Sin embargo, a diferencia de otras farmacias situadas en grandes ciudades de la península y en contra de la observación de Salar (2020), en Ceuta no varió de forma significativa la venta de productos por ventanilla exterior, a juicio

de los profesionales respondientes. De otro lado, estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad en un grado bajo, excepto las medidas de higiene y prevención (grado medio).

2.2) Subescala III-B. Ajustes de personal:

Otra de las adaptaciones de las farmacias comunitarias, forzadas por la COVID, está relacionada con los ajustes del personal que trabaja en ellas, lo cual se tradujo en cambios en las condiciones laborales de los profesionales (turnos, traslados, reducción o aumento de jornada, etc.), así como nuevas contrataciones de refuerzo ante el desbordamiento del sistema sanitario y la ampliación de competencias farmacéuticas, o bien despidos ante la menor afluencia de pacientes y clientes durante los confinamientos (Como et al., 2020; Cadogan y Hughes, 2021). En este sentido, las farmacias ceutíes no parecen haber sufrido cambios tan relevantes como las farmacias de algunas grandes ciudades, habida cuenta de la escasa incidencia acumulada al principio de la pandemia, en parte gracias a su peculiar aislamiento geográfico, a la prohibición de viajar hacia o desde la península en aquellos primeros meses o al cierre de fronteras con Marruecos. No obstante, dependiendo de la zona geográfica de la ciudad donde se ubican las farmacias y del grupo cultural de sus trabajadores (no así del sexo, la edad o el nivel formativo, como afirmaban Salar, 2020 o Jovičić-Bata et al., 2021), sí se produjeron en Ceuta ajustes de personal que experimentaron en mayor medida las farmacias ubicadas en las zonas más alejadas del núcleo urbano (sobre todo en la barriada del Príncipe, de población casi exclusivamente musulmana). Estas medidas se están manteniendo en la actualidad en un grado bajo, a juicio de la mayoría de los respondientes.

2.3) Subescala III-C. Medias sobre los productos:

Frente a la reducción de la demanda sobre ciertos productos y medicamentos, también las farmacias ceutíes tuvieron que adaptarse a esta circunstancia fomentando las ventas de stock malo a la par que reduciendo la compra de estos productos a los proveedores, como evidenciaron Jovičić-Bata et al. (2021). Por el contrario, hubieron de adquirir productos farmacéuticos de alta demanda y generar stocks buenos para garantizar sus existencias en la farmacia, tal cual indicaban Bell et al. (2020) o Bahlol y Dewey (2021). Esta alta demanda provocó también un notable incremento en los precios impuesto por los mayoristas en Ceuta, en la línea de Hoti et al. (2020), que también les obligó a surtirse de otros nuevos proveedores para ahorrar costes y garantizar el suministro. Si bien hubo un alto consenso en las respuestas de los sujetos encuestados (no se detectaron diferencias importantes por razón del sexo, la edad, el nivel formativo o el grupo cultural), estas medidas sobre los productos implicaron más

a las farmacias situadas en la zona centro de la ciudad, donde el número de clientes es mayor que el de las farmacias del extrarradio, opinión que también varía según el puesto de trabajo ocupado, de modo que son los auxiliares (encargados de la venta al público y del control de los stocks) quienes más ponen de relieve estos cambios y medidas. Igualmente, estas medidas se están manteniendo en la actualidad en un grado bajo.

2.4) Subescala III-D. Digitalización de la farmacia:

Como veíamos en párrafos anteriores, otra de las medidas importantes para garantizar la comercialización de las farmacias comunitarias durante la pandemia han sido las relacionadas con la digitalización y el uso de las TIC (Teva, 2020), lo que ha posibilitado, entre otras cosas, la dispensación online de medicinas y otros artículos farmacéuticos (García-Zaragoza et al., 2020), especialmente en zonas aisladas o deprimidas y para personas confinadas o vulnerables (Kretchy et al., 2021; Adunlin et al., 2021). El caso de Ceuta no es una excepción según los profesionales respondientes, quienes destacan la potenciación del uso de algunas tecnologías como la renovación de los sistemas informáticos, la comunicación telemática y la presencia de internet, en línea con los sistemas digitales implantados en el resto del país que anteriormente destacaban Torrente-Villacampa (2020) o el COF de Teruel (2021), aunque no han variado significativamente el uso de la robótica para dispensar medicinas, los recursos audiovisuales digitales, los sistemas de atención a la discapacidad que ya se habían implantado antes de la pandemia. La opinión sobre estas medidas fue más señalada por mujeres que hombres y por los profesionales de las farmacias ubicadas en las zonas más pobladas de la ciudad (centro, Hadú, Los Rosales, etc.), mientras que en el resto de variables sociodemográficas y laborales hubo un alto consenso en las respuestas.

3) Escala IV. Servicios de atención al cliente:

3.1) Subescala IV-A. Dispensación de medicamentos y otros productos

En cuanto a los servicios de atención al cliente, y más concretamente los relacionados con la dispensación de género farmacéutico, una amplia mayoría de la muestra considera que aumentaron en gran cuantía los agrupamientos en las compras de medicamentos y de productos COVID como medida para racionalizar el consumo, así como la dispensación online sin receta o la renovación automática de éstas para enfermos crónicos, como ya señalaban Bell et al. (2020) o Liu et al. (2020). Aumentó también, aunque menos destacadamente, la farmacovigilancia y la atención a domicilio, como también apuntaban Ghibu et al. (2021) o Baixauli et al. (2020). Pero en Ceuta no parece haber variado la dispensación de medicamentos hospitalarios durante los momentos de mayor colapso sanitario,

contrariamente a lo que ha ocurrido en otros países y en otras Comunidades Autónomas de nuestro país, donde se ampliaron competencias en este sentido, como apuntaban Margusino et al. (2020), Salar (2020), Sánchez-Gundín et al. (2020), Aruru et al. (2021) o Paudyal et al. (2021). En lo relativo a estos servicios de mejora o ampliación de la atención al cliente, vuelven a ser las mujeres quienes más destacan estas medidas, así como las farmacias de las zonas más pobladas, habiendo un alto consenso de respuestas en el resto de los grupos sociodemográficos y laborales.

3.2) Subescala IV-B. Estrategias de venta y marketing:

Por último, respecto a las estrategias de venta y marketing, a su vez asociadas a los cambios de rol de las farmacias comunitarias, como afirmaban Bragazzi et al. (2020), Espinoza (2021) o Sami et al. (2021); relacionadas también con las nuevas interacciones con los clientes, que resaltaban Baratta, Ciccolella, y Brusa (2021) o Maidment et al. (2021); y a la ampliación de competencias de las que hablaban Cadogan y Hughes (2021), los profesionales farmacéuticos ceutíes han procurado y percibido una mayor fidelización emocional con los pacientes, un incremento de las campañas comerciales llevadas a cabo y una mejora en la experiencia de compra de los clientes con respecto a antes de la pandemia. Sin embargo, en contra de otros lugares y de algunas de las tesis de estos autores, en las farmacias ceutíes no parecen haber variado las ventas online, el e-commerce, la fidelización comercial ni la experiencia de compra. Al contrario del caso anterior, son esta vez los profesionales hombres los que más han experimentado estas variaciones, así como, de nuevo, los profesionales de las farmacias ubicadas en las zonas más pobladas de la ciudad. Si bien en el resto de grupos ha habido un alto consenso en las respuestas, no se ha de olvidar la controversia entre distintos sectores farmacéuticos en lo concerniente a la ampliación de competencias de las farmacias, pues algunos de ellos sostienen una infrautilización de las mismas, especialmente con las vacunaciones de la población (Salar, 2020; Ghibu et al., 2021 o Maidment et al., 2021), así como en la prevención de futuras emergencias sanitarias (Como et al., 2020).

Por todo lo anteriormente expuesto y en base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se han llegado a las siguientes conclusiones:

- ✓ Si bien hay un considerable consenso general en las respuestas de los encuestados, se han hallado algunas diferencias significativas de opinión dependiendo del sexo, del nivel formativo, del grupo cultural o religioso, de la zona de la ciudad donde se ubica la farmacia y del puesto ocupado en la misma.

- ✓ A raíz de la pandemia por COVID-19, las farmacias comunitarias ceutíes han visto afectados sus servicios esenciales, complementarios y colaborativos, destacando el asesoramiento a los pacientes, la identificación precoz de patologías, el soporte al inicio de los tratamientos y la verificación de parámetros biológicos.
- ✓ La pandemia también les ha obligado a realizar adaptaciones organizativas para prevenir el contagio (equipos de protección, señaléticas o reconfiguración del espacio de venta), hacer reajustes de personal (cambio de condiciones laborales, contrataciones o despidos), variar las políticas sobre los productos (compra-venta de stock bueno y malo, variaciones en los precios o cambios de proveedores) y potenciar la digitalización de la farmacia (renovación de sistemas informáticos, fomento de la comunicación telemática, mayor uso de las TIC, de la robótica y de otros recursos audiovisuales).
- ✓ En consecuencia, también se han modificado los servicios de atención al cliente en cuanto a la dispensación de medicamentos y otros productos (agrupamientos de dispensaciones, receta electrónica, dispensación sin receta o renovaciones automáticas para enfermos crónicos), así como han variado las estrategias de venta y marketing (potenciación de la fidelización comercial y emocional, mejoras en la experiencia de compra, más campañas comerciales, mayores ventas online y uso del comercio electrónico).
- ✓ En general, las medidas adoptadas durante los máximos rigores de la pandemia han disminuido en intensidad y frecuencia hasta mantenerse en un grado bajo. Tan sólo las medidas de higiene y prevención del contagio parecen sostenerse actualmente en un grado medio.

6. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

Si bien la muestra es estadísticamente aceptable por su tamaño y representatividad con respecto a la población de referencia (profesionales farmacéuticos de todas las farmacias de Ceuta que trabajaron durante el estado de alarma), no lo es en el caso de la extrapolación de resultados al resto del territorio nacional. Entre otras razones, además del escaso tamaño muestral con respecto al que habría en un estudio nacional, porque Ceuta, por su peculiaridad geográfica, el cierre de fronteras con Marruecos y la suspensión de líneas marítimas y aéreas con la península, no sufrió la pandemia con todo su rigor y crudeza como ocurrió en otras zonas del país durante el comienzo de la misma. Los casos de contagio fueron escasos y se pudieron controlar adecuadamente a diferencia de lo que ocurrió en otras comunidades y

ciudades españolas, mucho más afectadas por la COVID-19, donde algunos hospitales se desbordaron y los ingresos y las muertes se contaban por cientos cada día.

Sería deseable, con la colaboración de todos los colegios farmacéuticos del país, haciendo de puente con los respectivos colegios de médicos y del reto del personal sanitario de sus respectivas ciudades y comunidades, extender el análisis a todo el territorio nacional y profundizar en el estudio del efecto que ejercen los distintos lugares y circunstancias sobre las variables medidas (especialmente allí donde los sanitarios trabajaron en difíciles circunstancias durante el confinamiento y los peores momentos de la pandemia). Se apuesta firmemente por la utilidad de estos y otros estudios sobre los profesionales farmacéuticos que, por su labor durante el estado de alarma y durante esta última fase de rebrotes, son susceptibles de afectarse física y psicológicamente ante el alto riesgo y el impacto emocional que supone afrontar su ya de por sí estresante trabajo en situaciones de emergencia sanitaria.

Además, con estos tipos de estudios podemos contribuir a conocer la situación específica de dicho colectivo, detectar posibles deficiencias en los servicios, reenfoarlos, diversificarlos o especializarlos y, en definitiva, mejorarlos, siempre con la pretensión de prevenir contagios y agravamientos de enfermedades crónicas o de colectivos vulnerables y colaborar en la salud de la población general.

7. Referencias

7.1. Bibliografía

- Adunlin, G., Murphy, P. Z., & Manis, M. (2021). COVID-19: How Can Rural Community Pharmacies Respond to the Outbreak? *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 37(1), 153–155. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://doi.org/10.1111/jrh.12439>
- Aruru, M., Truong, H. A., & Clark, S. (2021). Pharmacy Emergency Preparedness and Response (PEPR): a proposed framework for expanding pharmacy professionals' roles and contributions to emergency preparedness and response during the COVID-19 pandemic and beyond. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(1), 1967–1977. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389631/>
- Bahlol, M., & Dewey, R. S. (2021). Pandemic preparedness of community pharmacies for COVID-19. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(1), 1888–1896. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.05.009>
- Baixauli, V.J., Satué, E., Murillo, M.D., Molinero, A., Gómez, J.C., y Estrada, G. (2020). *Propuesta para la dispensación y entrega de medicamentos y productos sanitarios en el domicilio del paciente desde la farmacia comunitaria durante el Estado de Alarma por COVID-19*. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Recuperado de: https://www.sefac.org/system/files/2020-04/DOCUMENTO%20DISPENSACION%20DE%20MEDICAMENTOS%20Y%20PS%20CON%20ENTREGA%20A%20DOMICILIO%2016-4-2020_1.pdf
- Baratta, F., Ciccolella, M., & Brusa, P. (2021). The Relationship between Customers and Community Pharmacies during the COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemic: A Survey from Italy. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9582. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189582>
- Bragazzi, N. L., Mansour, M., Bonsignore, A., & Ciliberti, R. (2020). The Role of Hospital and Community Pharmacists in the Management of COVID-19: Towards an Expanded Definition of the Roles, Responsibilities, and Duties of the Pharmacist. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*, 8(3), 140. <https://doi.org/10.3390/pharmacy8030140>

- Bell, J. S., Reynolds, L., Freeman, C., & Jackson, J. K. (2020). Strategies to promote access to medications during the COVID-19 pandemic. *Australian journal of general practice*, 49(8), 530–532. Recuperado el 17/11/2021 de:
<https://doi.org/10.31128/AJGP-04-20-5390>
- Berlofa, M., Vitória, I. y de Mendonça, T. (2021). Role of pharmacist during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(1), 1799–1806. Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S155174112030810X?via%3Dihub>
- Cadogan, C. A., & Hughes, C. M. (2021). On the frontline against COVID-19: Community pharmacists' contribution during a public health crisis. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(1), 2032–2035. Recuperado el 17/11/2021 de:
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.015>
- Cárdenas, M. y Arancibia, H. (2019). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G-Power: Complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud y sociedad*, 5(2), 210-224. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/4397/439742475006.pdf>
- Como, M., Carter, C. W., Larose-Pierre, M., O'Dare, K., Hall, C. R., Mobley, J., Robertson, G., Leonard, J., & Tew, L. (2020). Pharmacist-Led Chronic Care Management for Medically Underserved Rural Populations in Florida During the COVID-19 Pandemic. *Preventing chronic disease*, 17, E74. Recuperado el 17/11/2021 de:
<https://doi.org/10.5888/pcd17.200265>
- Frías-Navarro, D. (2019). Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. *Universidad de Valencia. España*. Recuperado de:
<https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- García-Zaragozá, E., Gil-Girbau, M., Murillo-Fernández, M.D.; Prats-Mas, R., y Vergoñós-Tomás, A. (2020). Farmacia comunitaria, adherencia al tratamiento y COVID-19. *Farmacéuticos Comunitarios*, 12(3), p. 51-56,
<https://raco.cat/index.php/FC/article/view/372437> [Consulta: 24-11-2021].
- Ghibu, S., Juncan, A. M., Rus, L. L., Frum, A., Dobrea, C. M., Chiş, A. A., Gligor, F. G., & Morgovan, C. (2021). The Particularities of Pharmaceutical Care in Improving Public Health Service during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9776. Recuperado el 17/11/2021 de:
<https://doi.org/10.3390/ijerph18189776>

- Giua, C., Paoletti, G., Minerba, L., Malipiero, G., Melone, G., Heffler, E., Pistone, A., Keber, E., & SIFAC Group of Clinical Community Pharmacists (SGCP) (2021). Community pharmacist's professional adaptation amid Covid-19 emergency: a national survey on Italian pharmacists. *International journal of clinical pharmacy*, 43(3), 708–715. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01228-5>
- Hoti, K., Jakupi, A., Hetemi, D., Raka, D., Hughes, J., & Desselle, S. (2020). Provision of community pharmacy services during COVID-19 pandemic: a cross sectional study of community pharmacists' experiences with preventative measures and sources of information. *International journal of clinical pharmacy*, 42(4), 1197–1206. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01078-1>
- Jovičić-Bata, J., Pavlović, N., Milošević, N., Gavarić, N., Goločorbin-Kon, S., Todorović, N., & Lalić-Popović, M. (2021). Coping with the burden of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study of community pharmacists from Serbia. *BMC health services research*, 21(1), 304. Recuperado el 22/11/2021 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33823866/>
- Kretchy, I. A., Asiedu-Danso, M., & Kretchy, J. P. (2021). Medication management and adherence during the COVID-19 pandemic: Perspectives and experiences from low- and middle-income countries. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(1), 2023–2026. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32307319/>
- Liu, S., Luo, P., Tang, M., Hu, Q., Polidoro, J. P., Sun, S., & Gong, Z. (2020). Providing pharmacy services during the coronavirus pandemic. *International journal of clinical pharmacy*, 42(2), 299–304. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01017-0>
- Maidment, I., Young, E., MacPhee, M., Booth, A., Zaman, H., Breen, J., Hilton, A., Kelly, T., & Wong, G. (2021). Rapid realist review of the role of community pharmacy in the public health response to COVID-19. *BMJ open*, 11(6), e050043. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050043>
- Margusino, L., Illarro, A., Lorenzo, K., Monte, E., Márquez, E., Fernández, N., Gómez, D., Lago, N., Poveda, J. L., Díaz, R., Hurtado, J. L., Sánchez, J., Casanova, C., & Morillo, R. (2020). Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. Telepharmacy. *Farmacia hospitalaria*, 44(7), 61–65. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32533674/>

- Paudyal, V., Cadogan, C., Fialová, D., Henman, M. C., Hazen, A., Okuyan, B., Lutters, M., & Stewart, D. (2021). Provision of clinical pharmacy services during the COVID-19 pandemic: Experiences of pharmacists from 16 European countries. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(8), 1507–1517. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33288420/>
- Pinzón S., Ferrer I., Cáceres, R., Hidalgo, E., Muñoz, F., Navarro, B., Rodríguez, S., Espinosa, J.M., Escudero, C., Patrocinio, R., Vaquero, J. P., Ojeda, M., y López, F.J. (2020). Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria. *Pharmaceutical Care España*, 22(6), 400-420. Recuperado el 24/11/2021 de <https://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/591>
- Salar, L. (2020). El papel del farmacéutico comunitario en la crisis de la COVID-19. *Farmacéuticos comunitarios*, 12(2), 3-4. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/papel-del-farmacutico-comunitario-crisis-covid-19>
- Sami, S. A., Marma, K., Chakraborty, A., Singha, T., Rakib, A., Uddin, M. G., Hossain, M. K., & Uddin, S. (2021). A comprehensive review on global contributions and recognition of pharmacy professionals amidst COVID-19 pandemic: moving from present to future. *Future journal of pharmaceutical sciences*, 7(1), 119. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://doi.org/10.1186/s43094-021-00273-9>
- Sánchez-Gundín, J., Casanova-Martínez, C., & Morillo-Verdugo, R. (2020). Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. Telepharmacy. *Farmacia hospitalaria: organo oficial de expresion cientifica de la Sociedad Espanola de Farmacia Hospitalaria*, 44(7), 61–65. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32533674/>
- Strand, M. A., Bratberg, J., Eukel, H., Hardy, M., & Williams, C. (2020). Community Pharmacists' Contributions to Disease Management During the COVID-19 Pandemic. *Preventing chronic disease*, 17, E69. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200317>
- Thorakkattil, S. A., Nemr, H. S., Al-Ghamdi, F. H., Jabbour, R. J., & Al-Qaaneh, A. M. (2021). Structural and operational redesigning of patient-centered ambulatory care pharmacy services and its effectiveness during the COVID-19 pandemic. *Research in social &*

administrative pharmacy: RSAP, 17(1), 1838–1844. Recuperado el 17/11/2021 de:
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.06.0>

Visacri, M. B., Figueiredo, I. V., & Lima, T. M. (2021). Role of pharmacist during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(1), 1799–1806. Recuperado el 22/11/2021 de:
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.07.003>

Zheng, S. Q., Yang, L., Zhou, P. X., Li, H. B., Liu, F., & Zhao, R. S. (2021). Recommendations and guidance for providing pharmaceutical care services during COVID-19 pandemic: A China perspective. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(1), 1819–1824. Recuperado el 17/11/2021 de:
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.012>

7.2. Webgrafía

Acta sanitaria (2021). *Labor fundamental de las farmacias en el primer año de pandemia*. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://www.actasanitaria.com/labor-farmacias-pandemia/>

Aragoneses-Navas, M.E. *La historia de la farmacia en cien citas*. Universidad de Sevilla. Sevilla. Recuperado de:
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/91668/ARAGONESES%20NAVAS%2C%20MAR%2C%20EUGENIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arbizu-Olveira, R. (2020). *Tendencias de retail marketing en la farmacia marcadas por la COVID-19*. Recuperado el 17/11/2021 de:
https://www.elfarmaceutico.es/tendencias/te-interesa/tendencias-de-retail-marketing-en-la-farmacia-marcadas-por-la-covid-19_111156_102.html

Asefarma (22 de enero de 2021). ¿Qué es una farmacia comunitaria? Recuperado de:
<https://www.asefarma.com/blog-farmacia/que-es-una-farmacia-comunitaria>

COF-Teruel (2021). *La profesión farmacéutica, 365 días en primera línea contra la Covid-19*. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://www.cofteruel.org/ciudadanos/la-profesion-farmacautica-365-dias-en-primera-linea-contrala-covid-19/>

Diariofarma (2021). *La farmacia, un año en primera línea*. Recuperado el 17/11/2021 de:
<https://www.diariofarma.com/2021/03/15/la-farmacia-un-ano-en-primera-linea>

- Elconfidencial.com (2020). *La pandemia que cambió a las farmacias: así atendieron a 30M de personas en un mes*. Recuperado el 17/11/2021 de:
https://www.elconfidencial.com/empresas/2020-08-01/farmacias-covid-coronavirus-espana_2698831/
- Espinoza, I. (2021). *El rol del farmacéutico en la pandemia y su adaptación a la nueva normalidad*. Recuperado el 17/11/2021 de:
<https://marketingfarmaceutico.bsm.upf.edu/farmaceutico-adaptacion-nueva-normalidad/>
- Farmacéuticos (2020). *Procedimiento de actuación en la Farmacia Comunitaria ante el proceso de desescalada gradual de las medidas adoptadas en la infección por SARS-CoV-2*. Recuperado el 17/11/2021 de: https://2opfle1yeg2f3zqyqbpfbx76-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/05/Procedimiento-desescalada-en-farmacia-V4.pdfok_.pdf
- Farmacéuticos (2021). *La farmacia española frente a la COVID-19, un año de pandemia. Actuaciones de la organización farmacéutica colegial*. Recuperado el 17/11/2021 de:
https://www.cofteruel.org/wp-content/uploads_cache/2021/03/2021-informe-un-ano-de-pandemia.pdf
- Rathiofarm (2021). *Cómo ha cambiado la farmacia con la pandemia de la COVID-19*. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://ratiopharm.es/en-la-botica/actualidad-farmaceutica/como-ha-cambiado-la-farmacia-con-la-pandemia-de-la-covid-19#:~:text=La%20pandemia%20de%20la%20COVID%2D19%20ha%20cambiado%20la%20realidad,compleja%20provocada%20por%20el%20coronavirus.>
- Teva (2020). *La adaptación de la farmacia a la nueva normalidad*. Recuperado de:
<https://tevafarmacia.es/academia/gestion/la-adaptacion-de-la-farmacia-la-nueva-normalidad>
- Torrente-Villacampa, C. (2020). *100 días de pandemia que cambiaron la farmacia*. Recuperado el 17/11/2021 de: <https://www.diariomedico.com/farmacia/profesion/100-dias-de-pandemia-que-cambiaron-la-farmacia.html>
- Torres Olivera, A (2015). *Manual de estándares de la farmacia comunitaria*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (1ª ed.). Recuperado de:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual_Estandares_Farmacia_Comunitaria_10_1_03.pdf

8. Apéndice

8.1. Tablas y gráficas (Análisis descriptivos)

8.1.1. Escala I: aspectos sociodemográficos y laborales

Tabla 1.

Distribución empírica de frecuencias (Sexo).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	34	47,9	47,9	47,9
	Mujer	37	52,1	52,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

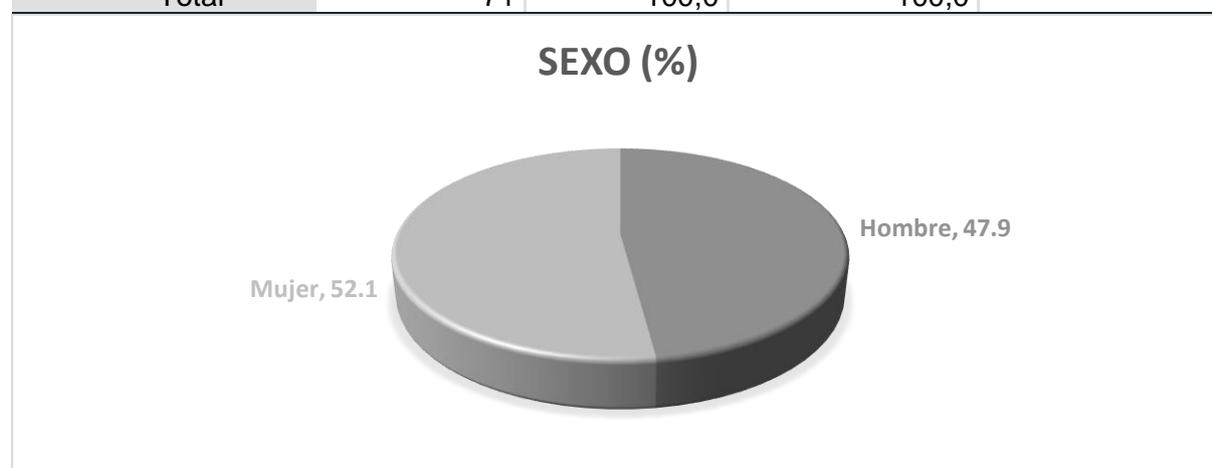


Figura 1. Ciclograma (Sexo).

Tabla 2.

Distribución empírica de frecuencias (Edad).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-35	33	46,5	46,5	46,5
	36-45	13	18,3	18,3	64,8
	46-65	24	33,8	33,8	98,6
	> 65 años	1	1,4	1,4	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

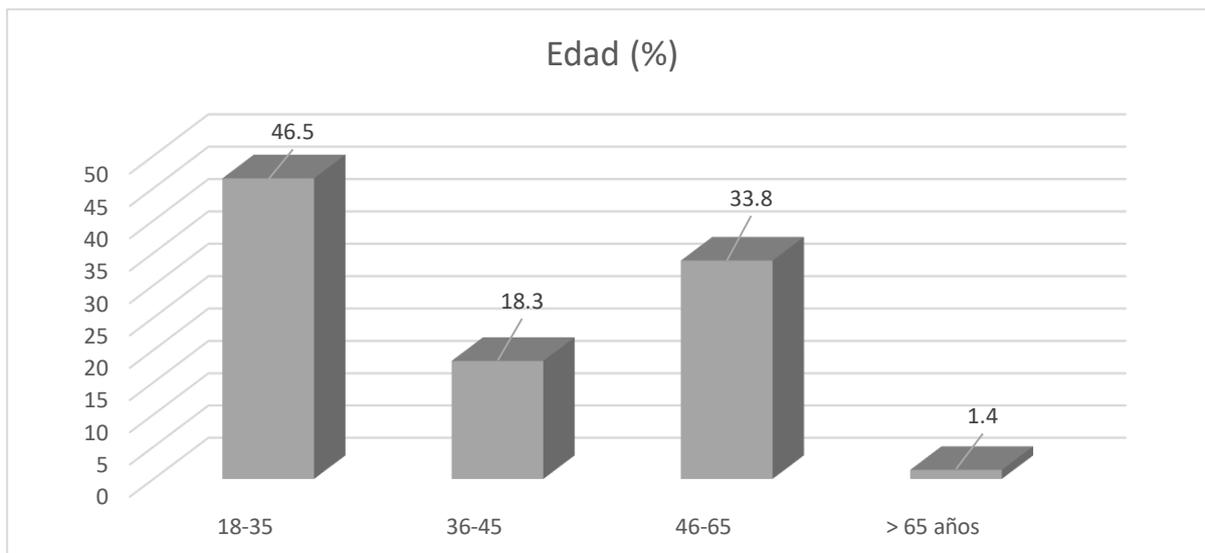


Figura 2. Diagrama de barras (Edad en años).

Tabla 3.

Distribución empírica de frecuencias (Nivel de formación).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin estudios	3	4,2	4,2	4,2
	ESO/FP básico	9	12,7	12,7	16,9
	Bachiller/FP medio	16	22,5	22,5	39,4
	Grado/FP superior	29	40,8	40,8	80,3
	Máster/postgrado	14	19,7	19,7	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

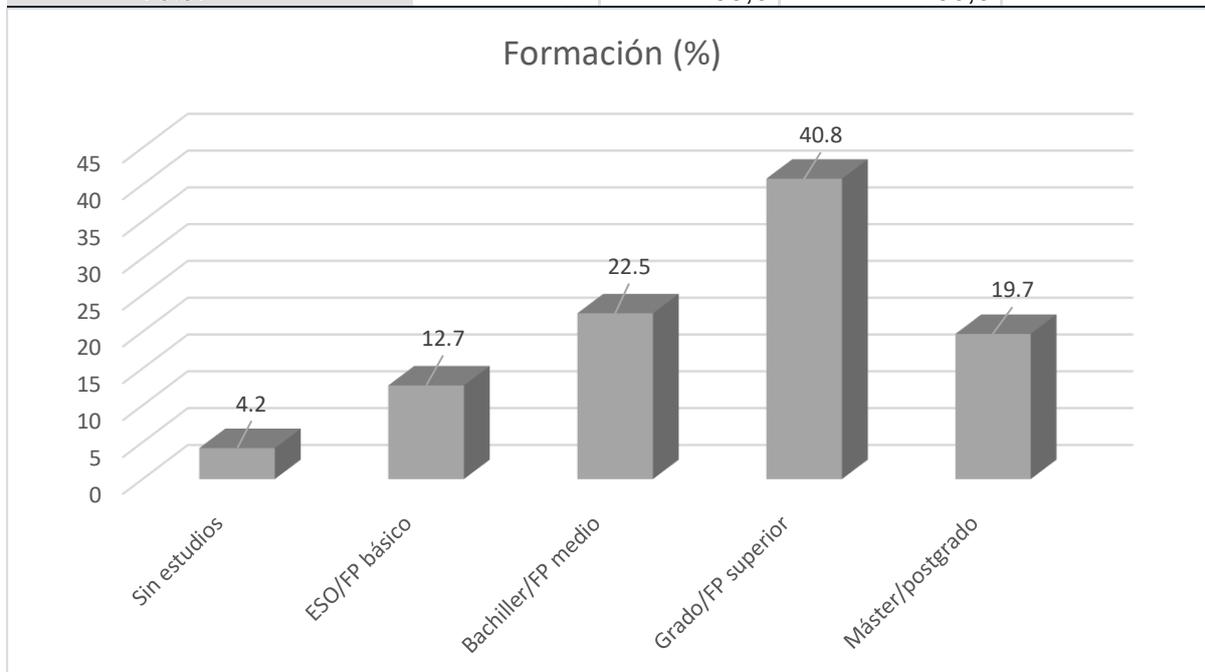


Figura 3. Diagrama de barras (Nivel de formación).

Tabla 4.

Distribución empírica de frecuencias (Grupo cultural o religioso).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cristiano	49	69,0	69,0	69,0
	Musulmán	16	22,5	22,5	91,5
	Otro	6	8,5	8,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

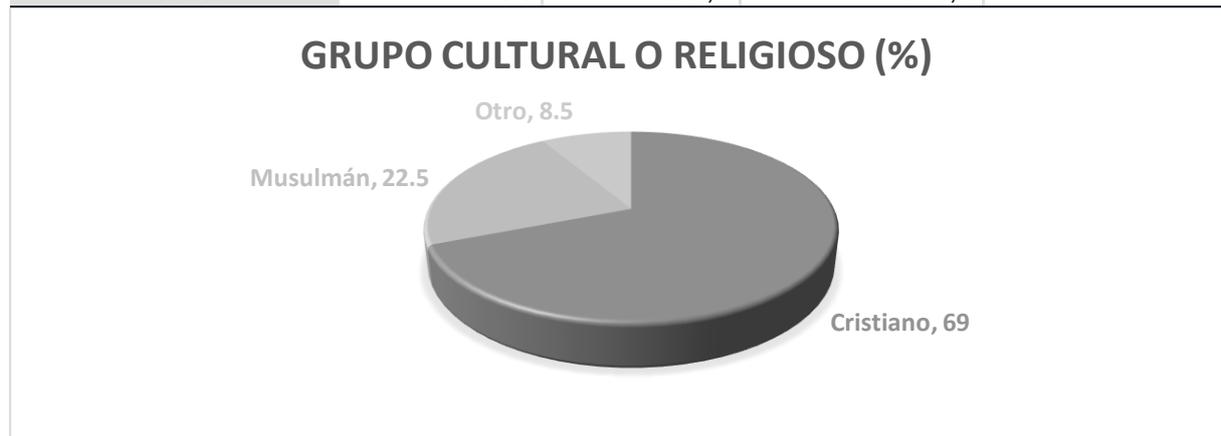


Figura 4. Ciclograma (Grupo cultural o religioso).

Tabla 5.

Distribución empírica de frecuencias (Código postal de la farmacia).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	51001	28	39,4	39,4	39,4
	51002	36	50,7	50,7	90,1
	51003	6	8,5	8,5	98,6
	51004	1	1,4	1,4	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

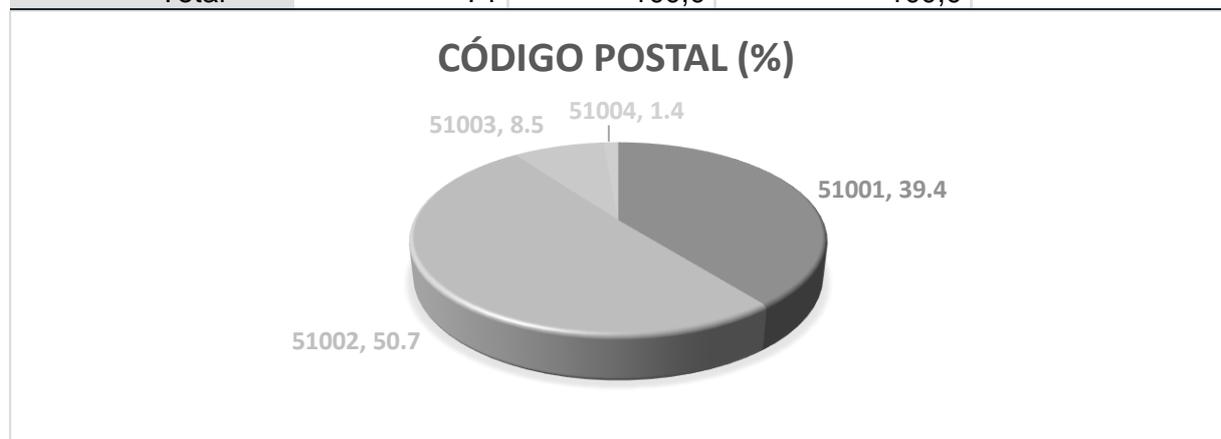


Figura 5. Ciclograma (Código postal de la farmacia).

Tabla 6.

Distribución empírica de frecuencias (Puesto en la farmacia).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Facultativo	34	47,9	47,9	47,9
	Técnico	18	25,4	25,4	73,2
	Auxiliar	19	26,8	26,8	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

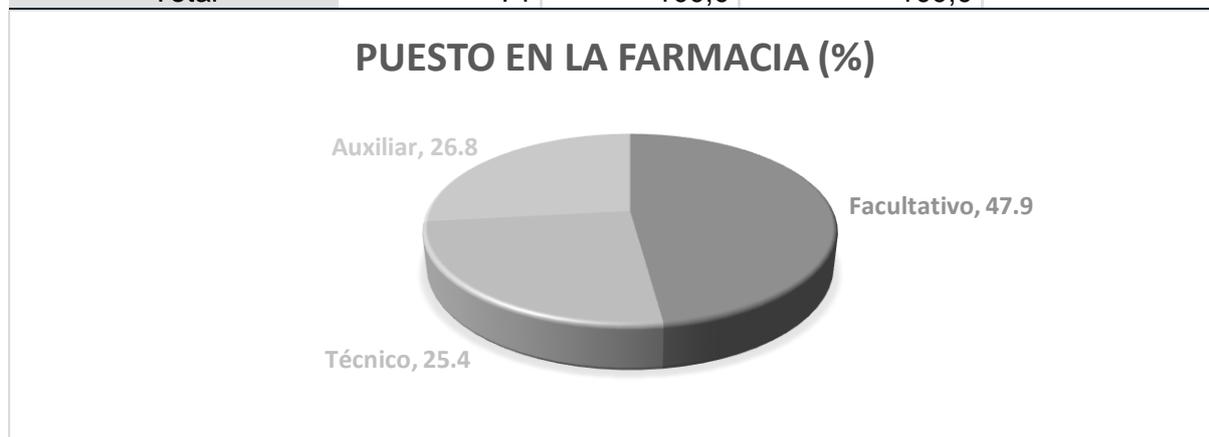


Figura 6. Ciclograma (Puesto en la farmacia).

8.1.2. Escala II: afectación de los servicios

8.1.2.1. Subescala II-A: servicios básicos o esenciales

Tabla 7.

Distribución empírica de frecuencias (Adquisición y control de los medicamentos).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	13	18,3	18,3	18,3
	Algo afectado	31	43,7	43,7	62,0
	Bastante afectado	13	18,3	18,3	80,3
	Muy afectado	14	19,7	19,7	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

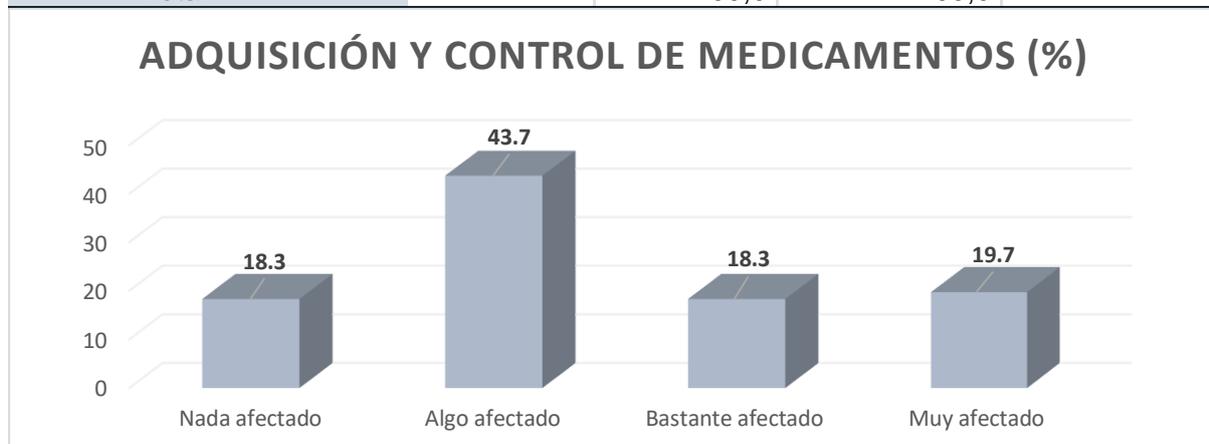


Figura 7. Diagrama de barras (Adquisición y control de los medicamentos).

Tabla 8.

Distribución empírica de frecuencias (Preparados medicinales y fórmulas magistrales).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	41	57,7	57,7	57,7
	Algo afectado	11	15,5	15,5	73,2
	Bastante afectado	8	11,3	11,3	84,5
	Muy afectado	11	15,5	15,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

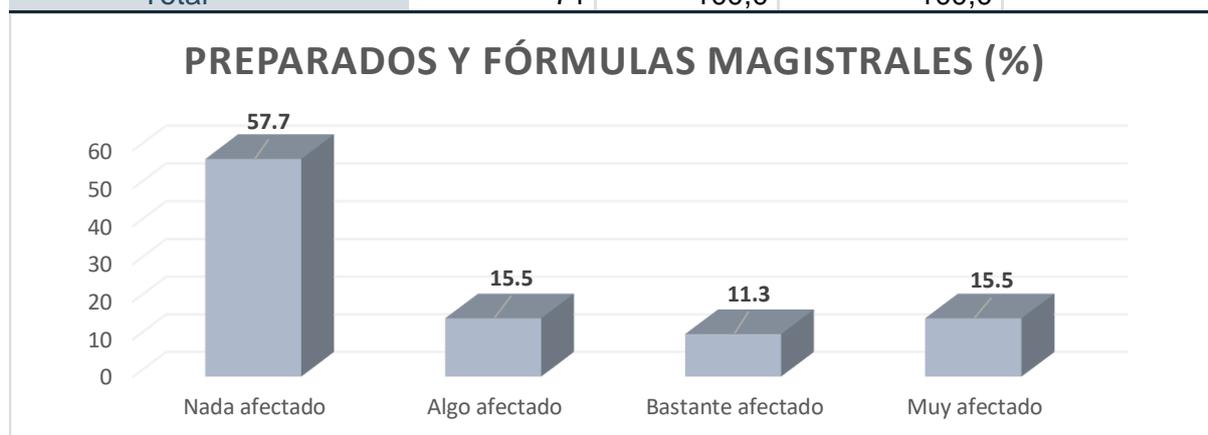


Figura 8. Diagrama de barras (Preparados medicinales y fórmulas magistrales).

Tabla 9.

Distribución empírica de frecuencias (Dispensación de medicamentos y otros productos).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	9	12,7	12,7	12,7
	Algo afectado	25	35,2	35,2	47,9
	Bastante afectado	22	31,0	31,0	78,9
	Muy afectado	15	21,1	21,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

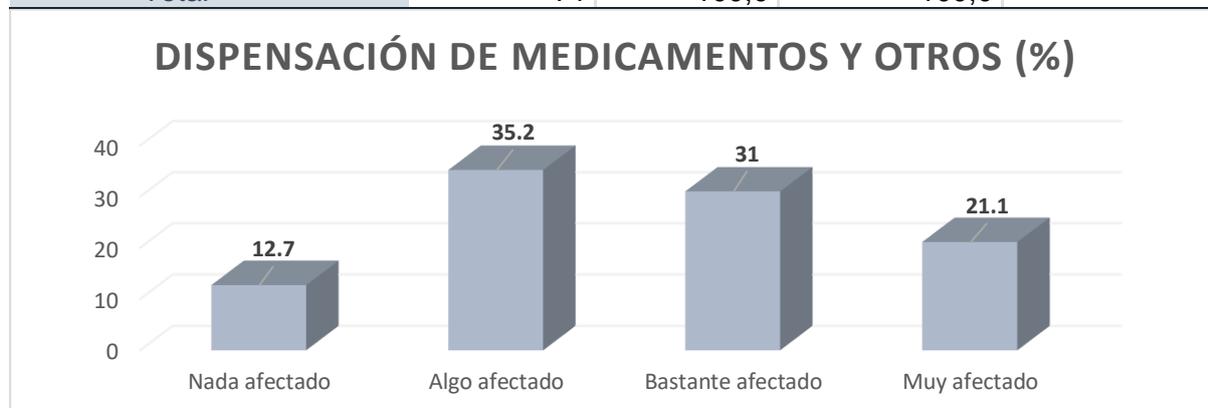


Figura 9. Diagrama de barras (Dispensación de medicamentos y otros productos).

Tabla 10.

Distribución empírica de frecuencias (Asesoramiento a usuarios y pacientes).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	20	28,2	28,2	28,2
	Algo afectado	14	19,7	19,7	47,9
	Bastante afectado	22	31,0	31,0	78,9
	Muy afectado	15	21,1	21,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

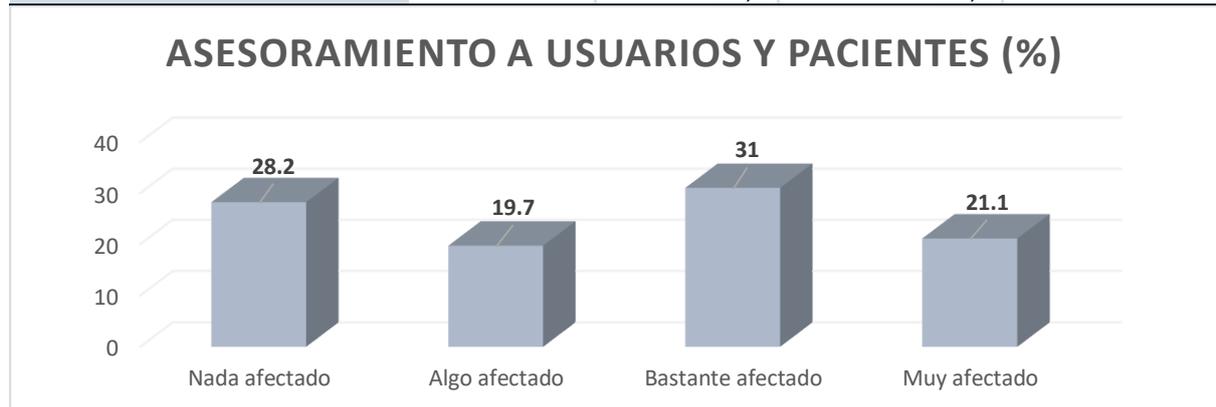


Figura 10. Diagrama de barras (Asesoramiento a usuarios y pacientes).

Tabla 11.

Distribución empírica de frecuencias (Información y verificación personalizada del cumplimiento de los tratamientos).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	13	18,3	18,3	18,3
	Algo afectado	33	46,5	46,5	64,8
	Bastante afectado	17	23,9	23,9	88,7
	Muy afectado	8	11,3	11,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

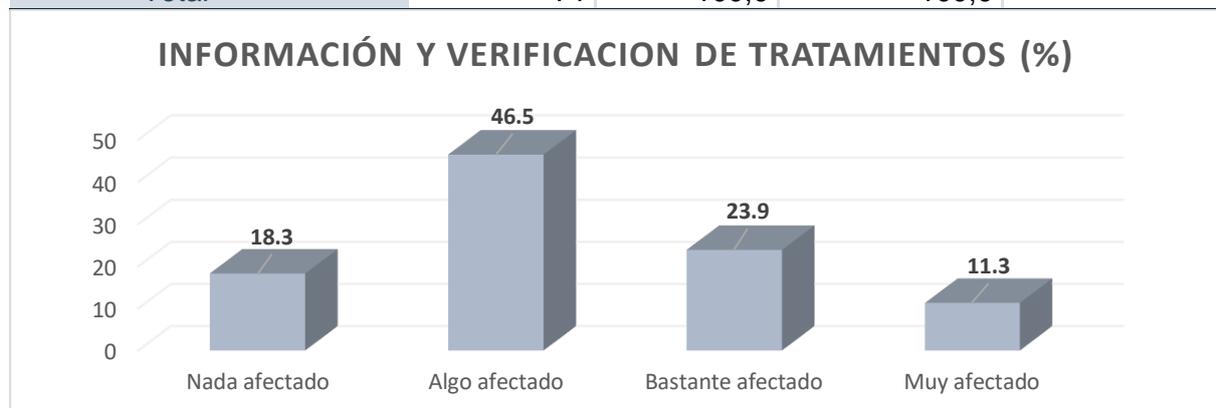


Figura 11. Diagrama de barras (Información y verificación personalizada de tratamientos).

Tabla 12.

Distribución empírica de frecuencias (Detección y notificación de efectos adversos - farmacovigilancia-).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	29	40,8	40,8	40,8
	Algo afectado	26	36,6	36,6	77,5
	Bastante afectado	8	11,3	11,3	88,7
	Muy afectado	8	11,3	11,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

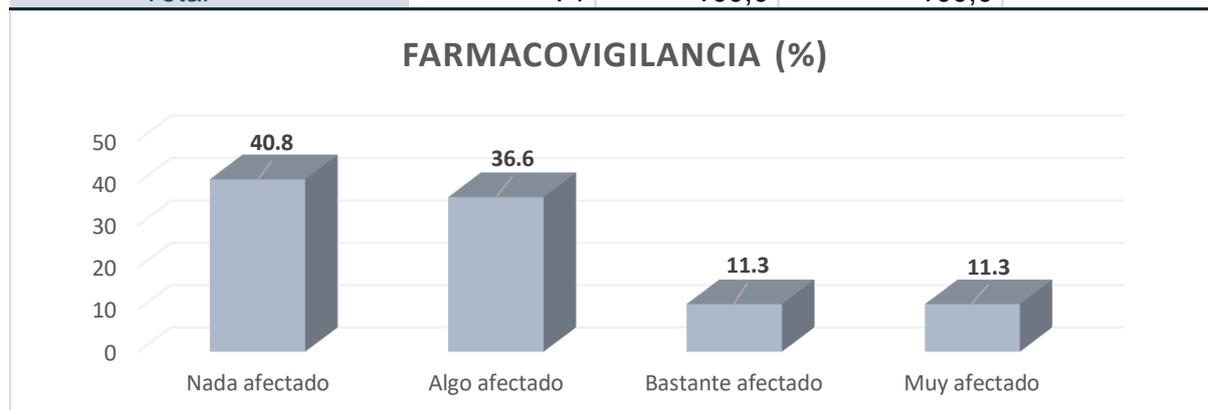


Figura 12. Diagrama de barras (Detección y notificación de efectos adversos - farmacovigilancia-).

Tabla 13.

Distribución empírica de frecuencias (Educación en el ámbito de la salud pública: soporte al autocuidado).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	12	16,9	16,9	16,9
	Algo afectado	24	33,8	33,8	50,7
	Bastante afectado	23	32,4	32,4	83,1
	Muy afectado	12	16,9	16,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

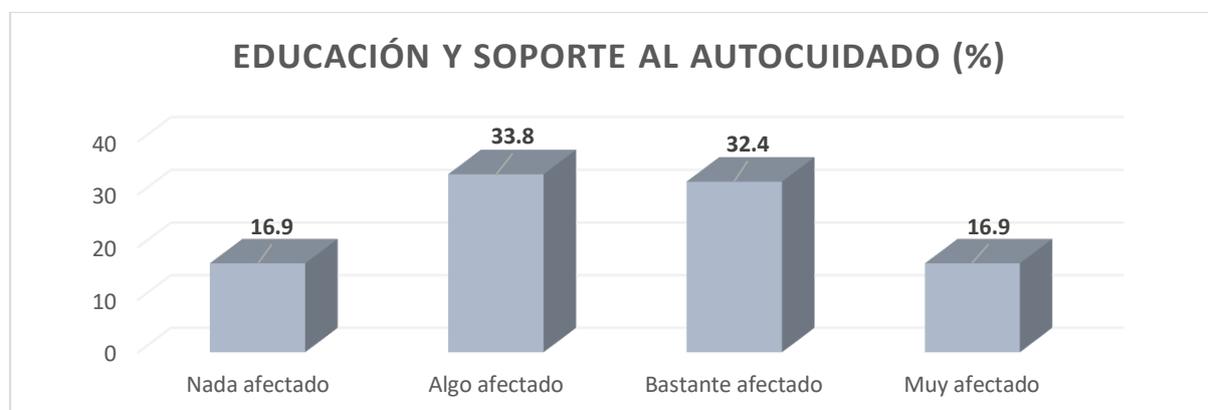


Figura 13. Diagrama de barras (Educación y soporte al autocuidado).

Tabla 14.

Distribución empírica de frecuencias (Mercado farmacéutico en general: compra-venta de medicamentos).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	8	11,3	11,3	11,3
	Algo afectado	30	42,3	42,3	53,5
	Bastante afectado	15	21,1	21,1	74,6
	Muy afectado	18	25,4	25,4	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

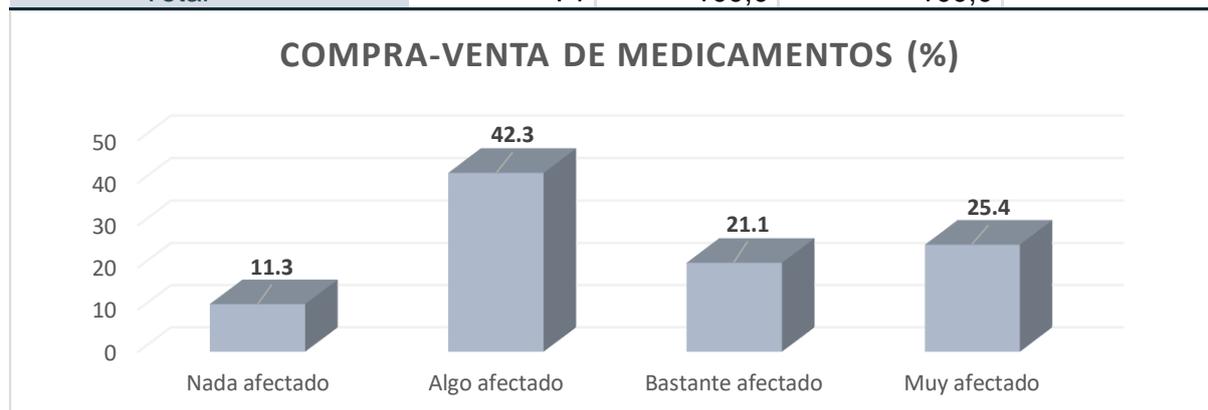


Figura 14. Diagrama de barras (compra-venta de medicamentos).

8.1.2.2. Subescala II-B: servicios complementarios (programas de salud pública)

Tabla 15.

Distribución empírica de frecuencias (Identificación de factores cardiovasculares de riesgo).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	19	26,8	26,8	26,8
	Algo afectado	23	32,4	32,4	59,2
	Bastante afectado	22	31,0	31,0	90,1
	Muy afectado	7	9,9	9,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

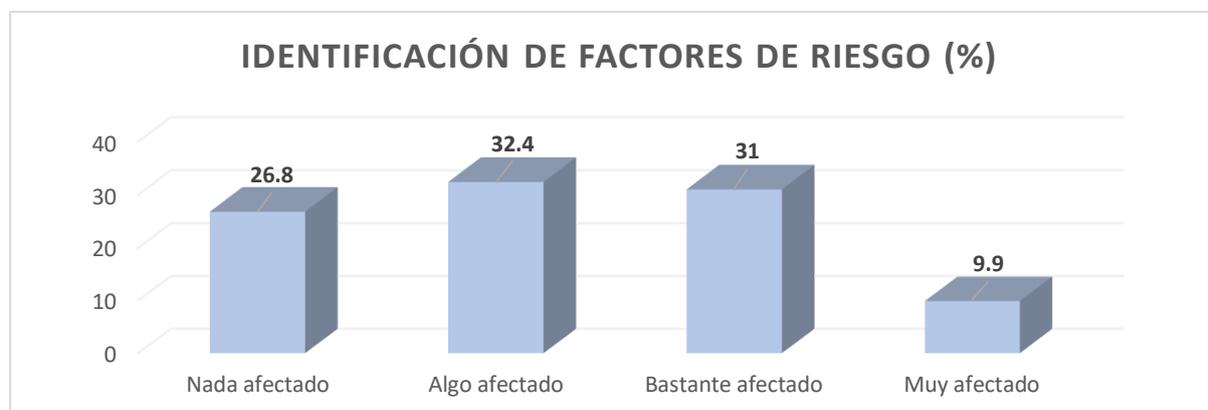


Figura 15. Diagrama de barras (Identificación de factores cardiovasculares de riesgo).

Tabla 16.

Distribución empírica de frecuencias (Identificación precoz de patologías).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	4	5,6	5,6	5,6
	Algo afectado	18	25,4	25,4	31,0
	Bastante afectado	28	39,4	39,4	70,4
	Muy afectado	21	29,6	29,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

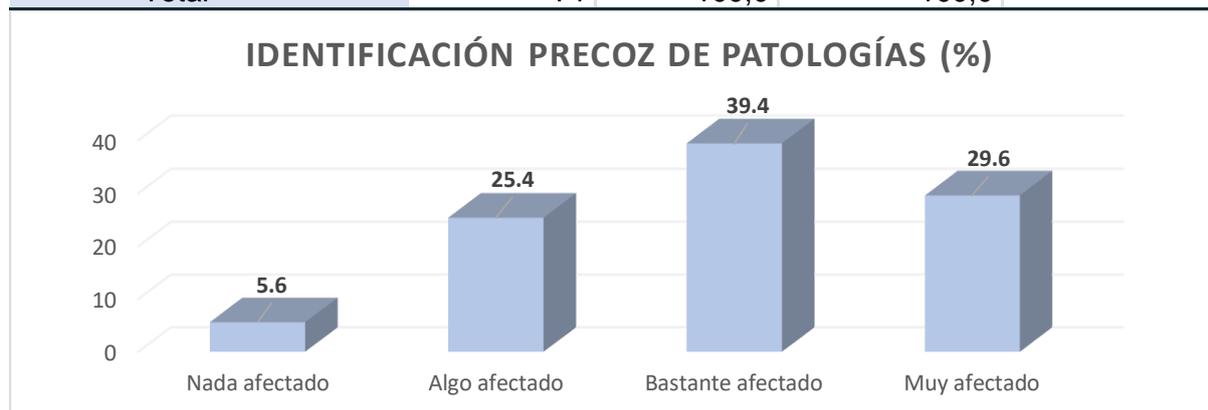


Figura 16. Diagrama de barras (Identificación precoz de patologías).

Tabla 17.

Distribución empírica de frecuencias (Programa de mantenimiento con Metadona).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	40	56,3	56,3	56,3
	Algo afectado	15	21,1	21,1	77,5
	Bastante afectado	11	15,5	15,5	93,0
	Muy afectado	5	7,0	7,0	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

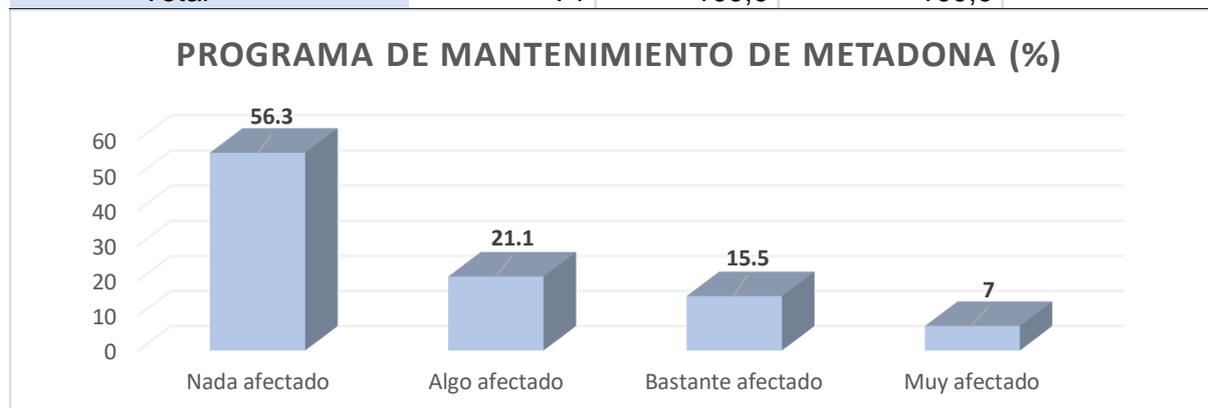


Figura 17. Diagrama de barras (Programa de mantenimiento con Metadona).

Tabla 18.

Distribución empírica de frecuencias (Apoyo y formación a escuelas y entidades).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	20	28,2	28,2	28,2
	Algo afectado	27	38,0	38,0	66,2
	Bastante afectado	17	23,9	23,9	90,1
	Muy afectado	7	9,9	9,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

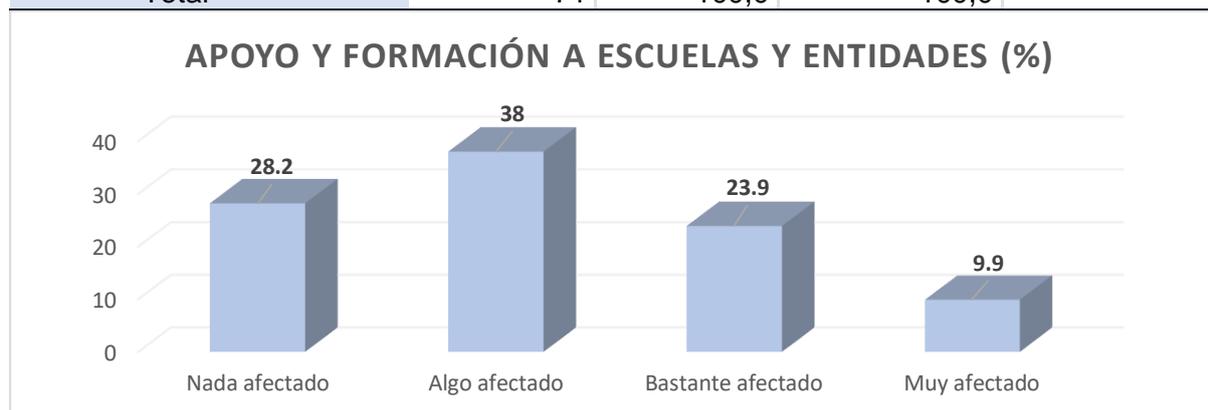


Figura 18. Diagrama de barras (Apoyo y formación a escuelas y entidades).

8.1.2.3. Subescala II-C: servicios colaborativos (uso de medicamentos y autocontrol)

Tabla 19.

Distribución empírica de frecuencias (Sistema personalizado de dosificación de medicamentos).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	42	59,2	59,2	59,2
	Algo afectado	22	31,0	31,0	90,1
	Bastante afectado	2	2,8	2,8	93,0
	Muy afectado	5	7,0	7,0	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

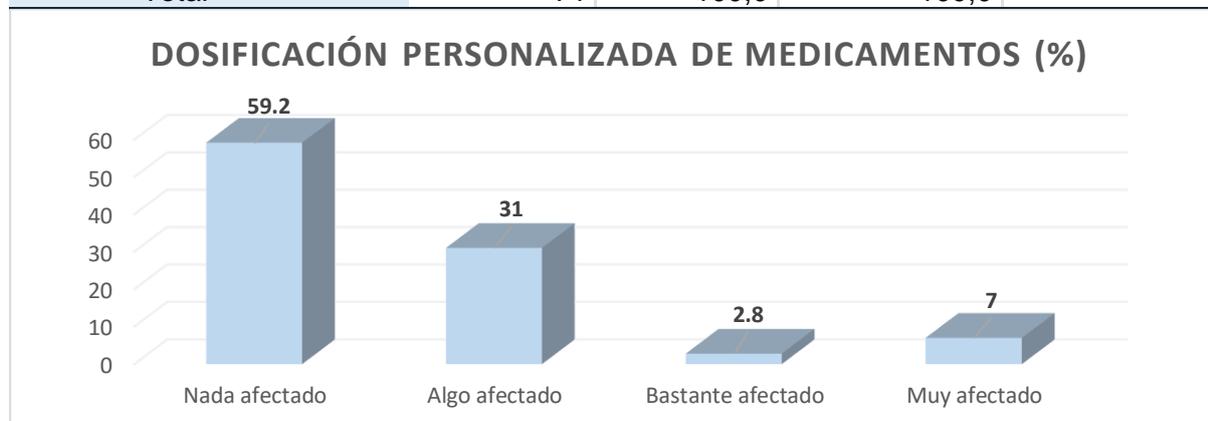


Figura 19. Diagrama de barras (Sistema personalizado de dosificación de medicamentos).

Tabla 20.

Distribución empírica de frecuencias (Soporte en el tratamiento de inicio).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	18	25,4	25,4	25,4
	Algo afectado	30	42,3	42,3	67,6
	Bastante afectado	17	23,9	23,9	91,5
	Muy afectado	6	8,5	8,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

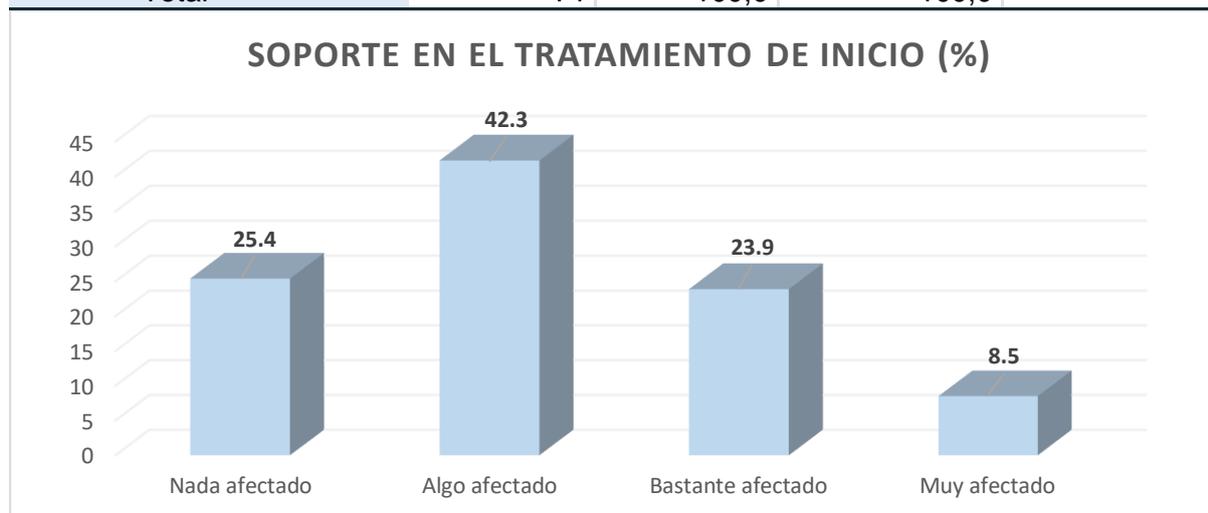


Figura 20. Diagrama de barras (Soporte en el tratamiento de inicio).

Tabla 21.

Distribución empírica de frecuencias (Seguimiento farmacoterapéutico).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	19	26,8	26,8	26,8
	Algo afectado	26	36,6	36,6	63,4
	Bastante afectado	14	19,7	19,7	83,1
	Muy afectado	12	16,9	16,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

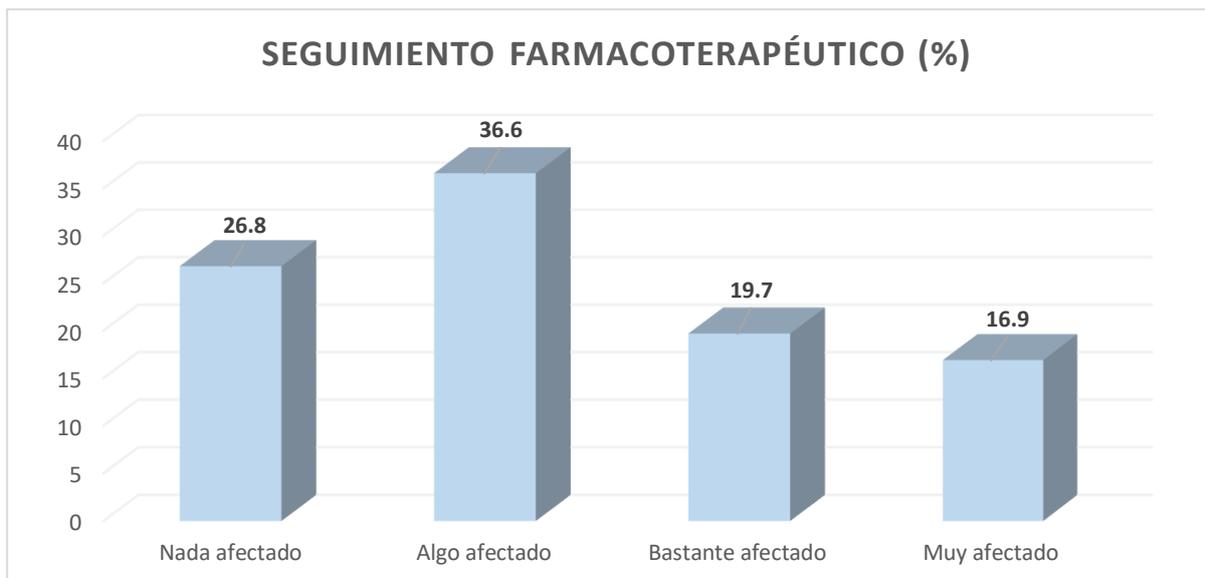


Figura 21. Diagrama de barras (Seguimiento farmacoterapéutico).

Tabla 22.

Distribución empírica de frecuencias (Verificación de parámetros biológicos -autocontrol-).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada afectado	15	21,1	21,1	21,1
	Algo afectado	27	38,0	38,0	59,2
	Bastante afectado	16	22,5	22,5	81,7
	Muy afectado	13	18,3	18,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

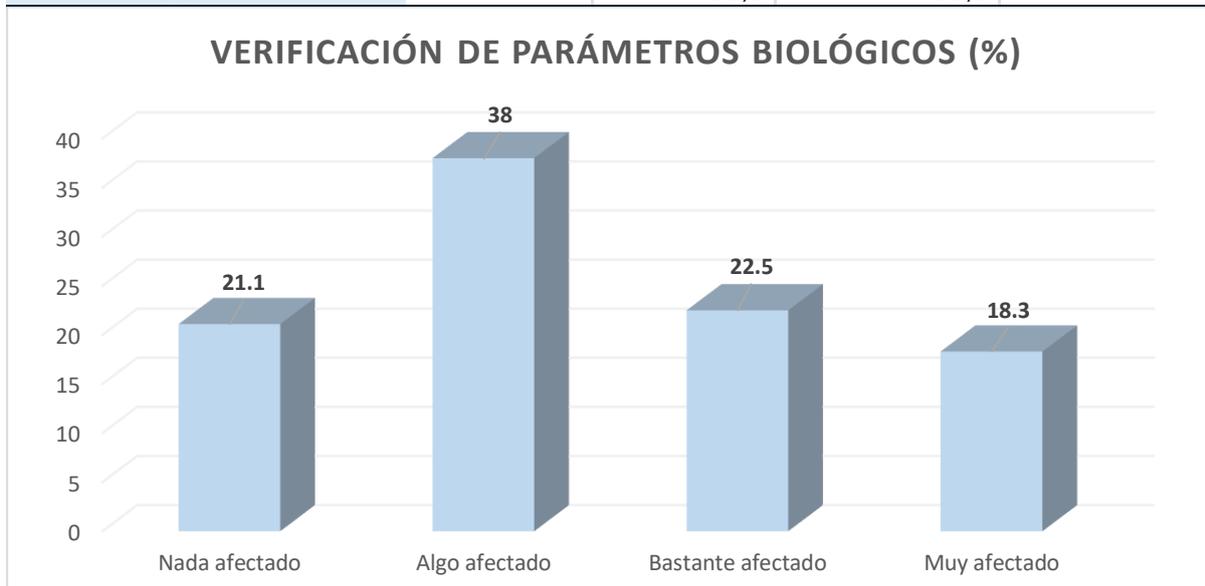


Figura 22. Diagrama de barras (Verificación de parámetros biológicos -autocontrol-).

8.1.3. Escala III: adaptaciones y cambios organizativos

8.1.3.1. Subescala III-A: medidas de higiene y prevención del contagio

Tabla 23.

Distribución empírica de frecuencias (Apertura del espacio de venta al público -reconfiguración del mobiliario, eliminación de obstáculos, etc.-).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	7	9,9	9,9	9,9
	Algo más	6	8,5	8,5	18,3
	Bastante más	17	23,9	23,9	42,3
	Mucho más que antes	41	57,7	57,7	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

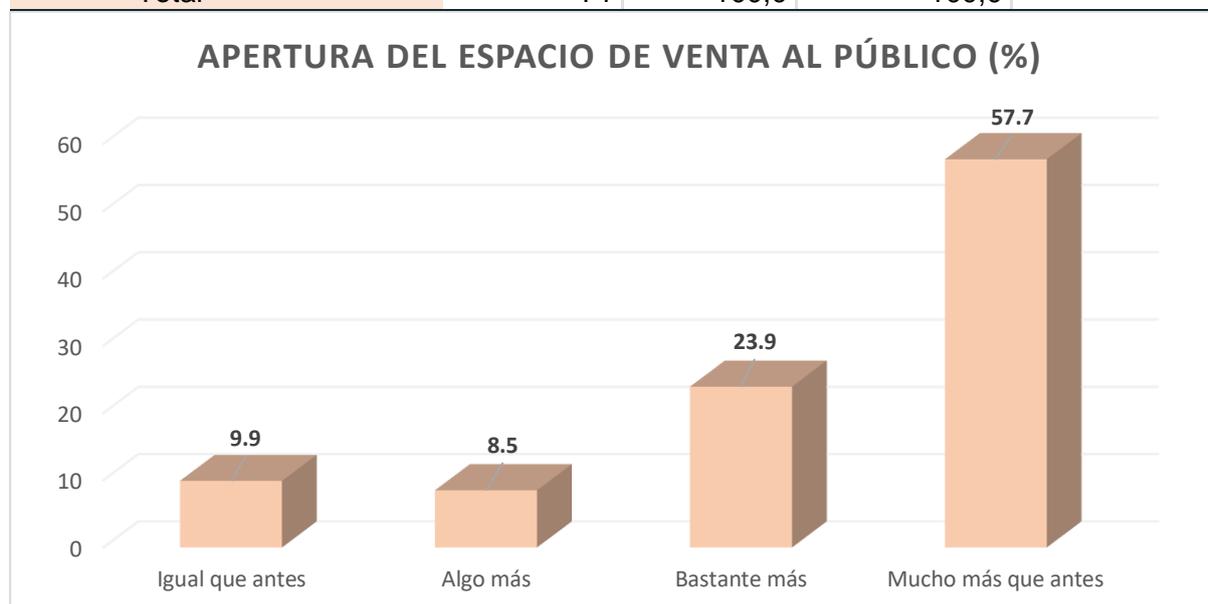


Figura 23. Diagrama de barras (Apertura del espacio de venta al público).

Tabla 24.

Distribución empírica de frecuencias (Limpieza y desinfección de la farmacia: intensidad y/o frecuencia).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	1	1,4	1,4	1,4
	Algo más	4	5,6	5,6	7,0
	Bastante más	13	18,3	18,3	25,4
	Mucho más que antes	53	74,6	74,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

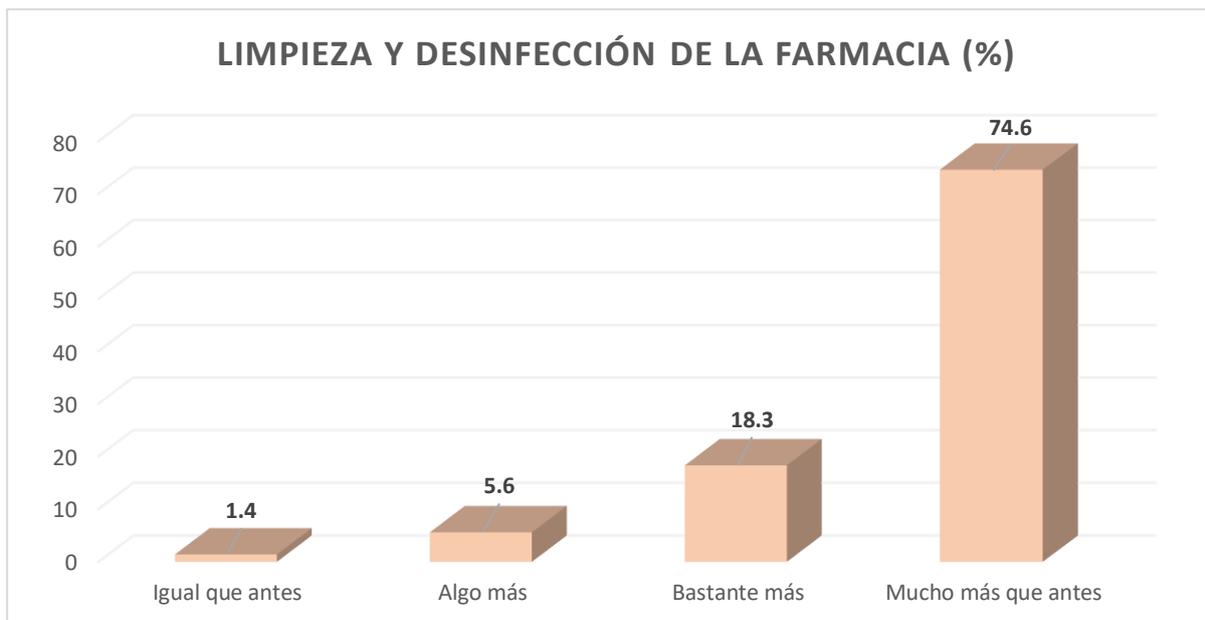


Figura 24. Diagrama de barras (Limpieza y desinfección de la farmacia).

Tabla 25.

Distribución empírica de frecuencias (Señaléticas: carteles de adopción de medidas y señales de distancias de seguridad).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Algo más	4	4,2	4,2	4,3
	Bastante más	17	23,9	23,9	28,6
	Mucho más que antes	51	71,9	71,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

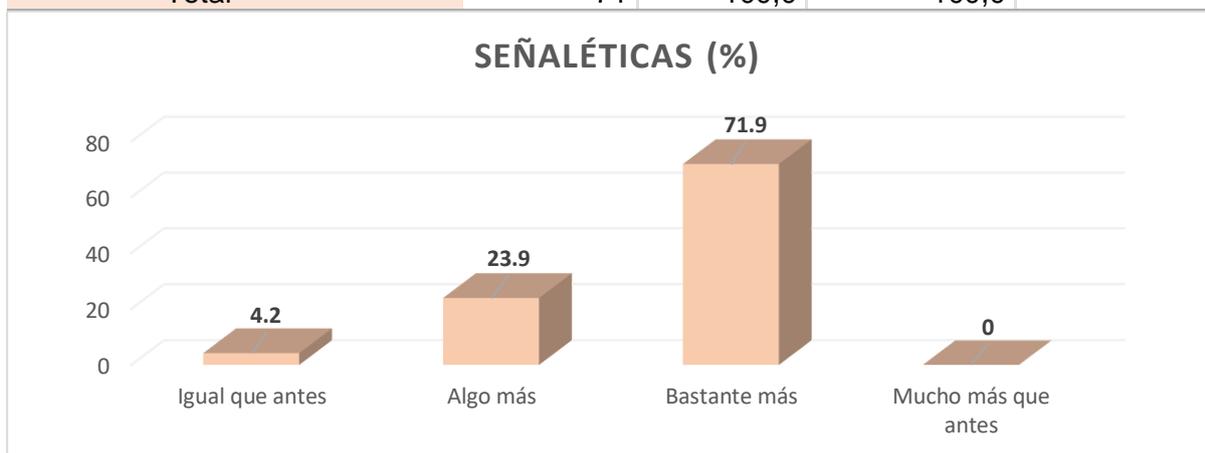


Figura 25. Diagrama de barras (Señaléticas).

Tabla 26.

Distribución empírica de frecuencias (Equipos y materiales de protección para el personal: guantes, mascarillas, hidrogeles, PCR's, alfombrilla, etc.).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	Igual que antes	1	1,4	1,4	1,4
	Algo más	3	4,2	4,2	5,6
	Bastante más	13	18,3	18,3	23,9
	Mucho más que antes	54	76,1	76,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

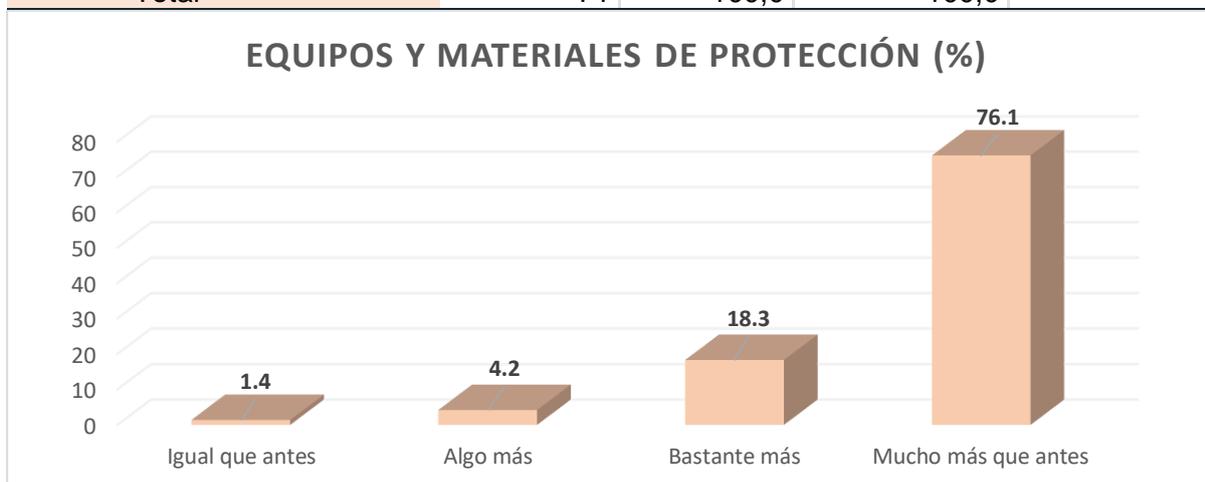


Figura 26. Diagrama de barras (Equipos y materiales de protección para el personal).

Tabla 27.

Distribución empírica de frecuencias (Venta al público desde la calle por ventanilla exterior).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	46	64,8	64,8	64,8
	Algo más	15	21,1	21,1	85,9
	Bastante más	4	5,6	5,6	91,5
	Mucho más que antes	6	8,5	8,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

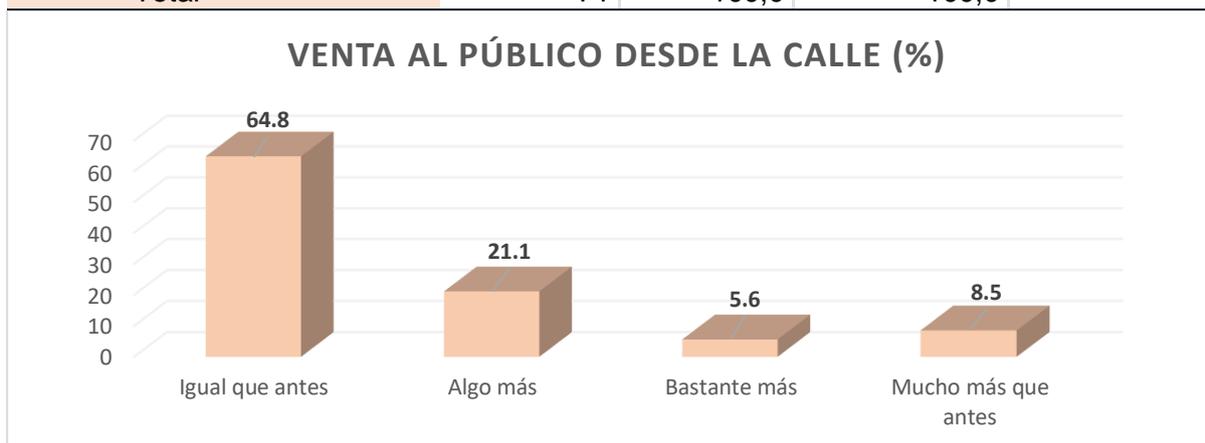


Figura 27. Diagrama de barras (Venta al público desde la calle por ventanilla exterior).

Tabla 28.

Distribución empírica de frecuencias (¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad?).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado nulo	1	1,4	1,4	1,4
	Grado bajo	20	28,2	28,2	29,6
	Grado medio	32	45,1	45,1	74,6
	Grado alto	18	25,4	25,4	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

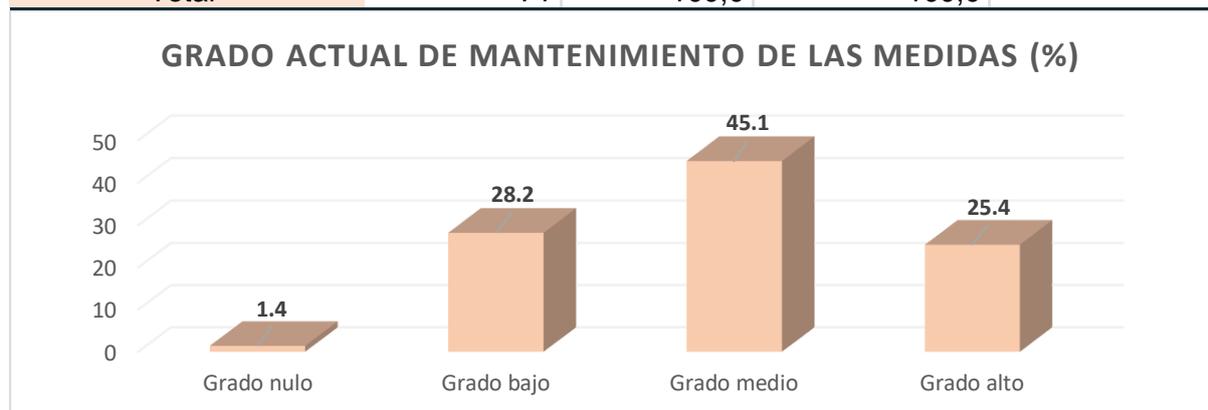


Figura 28. Diagrama de barras (Grado actual de mantenimiento de las medidas).

8.1.3.2. Subescala III-B: medidas de ajuste del personal de la farmacia

Tabla 29.

Distribución empírica de frecuencias (Cambios en las condiciones laborales: turnos, vacaciones, horarios, salarios, etc.).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	24	33,8	33,8	33,8
	Algo más	17	23,9	23,9	57,7
	Bastante más	16	22,5	22,5	80,3
	Mucho más que antes	14	19,7	19,7	100,0
	Total	71	100,0	100,0	



Figura 29. Diagrama de barras (Cambios en las condiciones laborales).

Tabla 30.

Distribución empírica de frecuencias (Contrataciones de nuevo personal para cubrir bajas o atender a un aumento de la demanda).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	31	43,7	43,7	43,7
	Algo más	28	39,4	39,4	83,1
	Bastante más	8	11,3	11,3	94,4
	Mucho más que antes	4	5,6	5,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	



Figura 30. Diagrama de barras (Nuevas contrataciones).

Tabla 31.

Distribución empírica de frecuencias (Reducción de personal por disminución de la demanda y de la facturación).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	54	76,1	76,1	76,1
	Algo más	8	11,3	11,3	87,3
	Bastante más	8	11,3	11,3	98,6
	Mucho más que antes	1	1,4	1,4	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

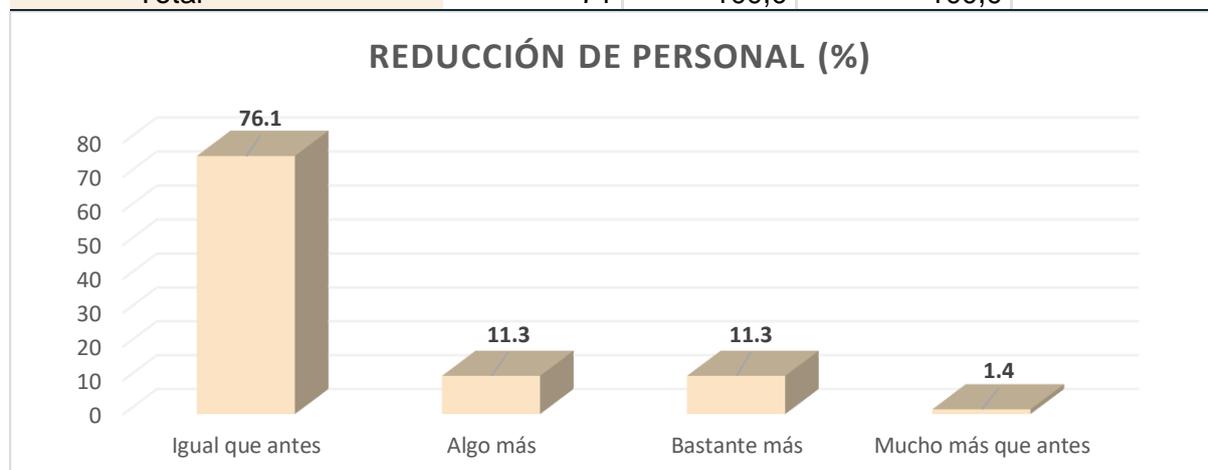


Figura 31. Diagrama de barras (Reducción de personal).

Tabla 32.

Distribución empírica de frecuencias (¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad en términos generales?).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado nulo	26	19,7	19,7	28,2
	Grado bajo	23	32,4	32,4	60,6
	Grado medio	14	19,7	19,7	80,3
	Grado alto	14	19,7	19,7	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

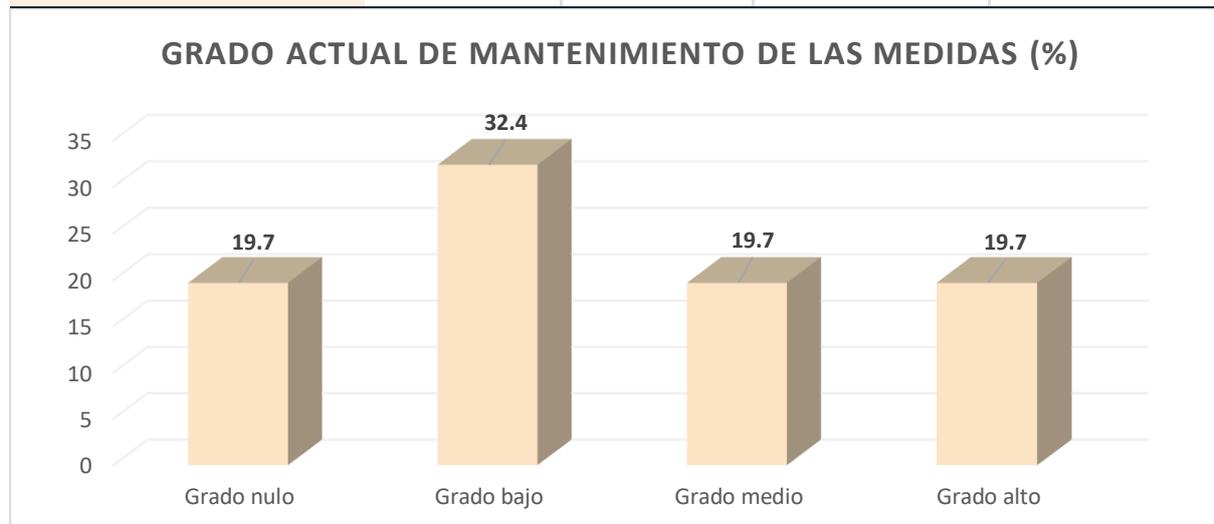


Figura 32. Diagrama de barras (Grado actual de mantenimiento de las medidas).

8.1.3.3. Subescala III-C: medidas sobre los productos farmacéuticos

Tabla 33.

Distribución empírica de frecuencias (Reducción de compra y stock de ciertos productos y medicamentos por bajada de la demanda).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	15	21,1	21,1	21,1
	Algo más	21	29,6	29,6	50,7
	Bastante más	14	19,7	19,7	70,4
	Mucho más que antes	21	29,6	29,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

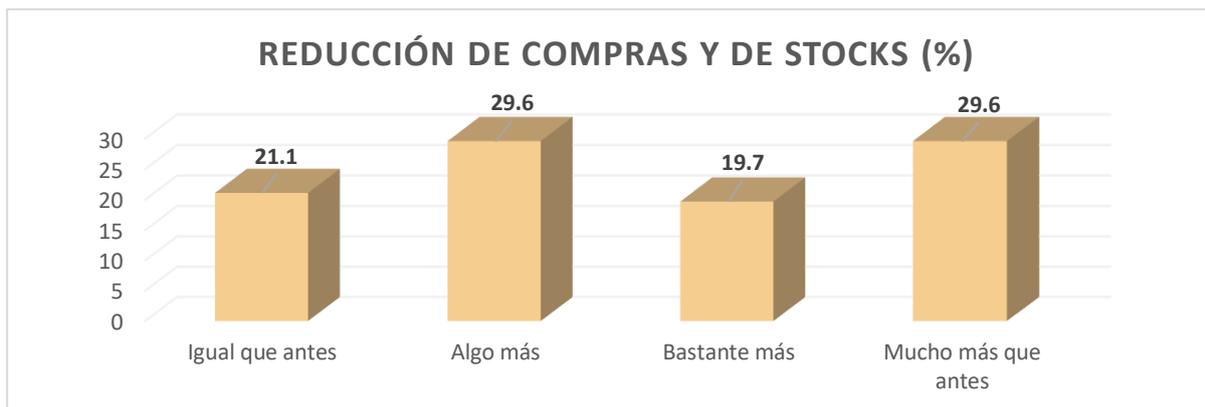


Figura 33. Diagrama de barras (Reducción de compras y stocks).

Tabla 34.

Distribución empírica de frecuencias (Aumento de compra y stock de ciertos productos y medicamentos por subida de demanda).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	4	5,6	5,6	5,6
	Algo más	8	11,3	11,3	16,9
	Bastante más	24	33,8	33,8	50,7
	Mucho más que antes	35	49,3	49,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

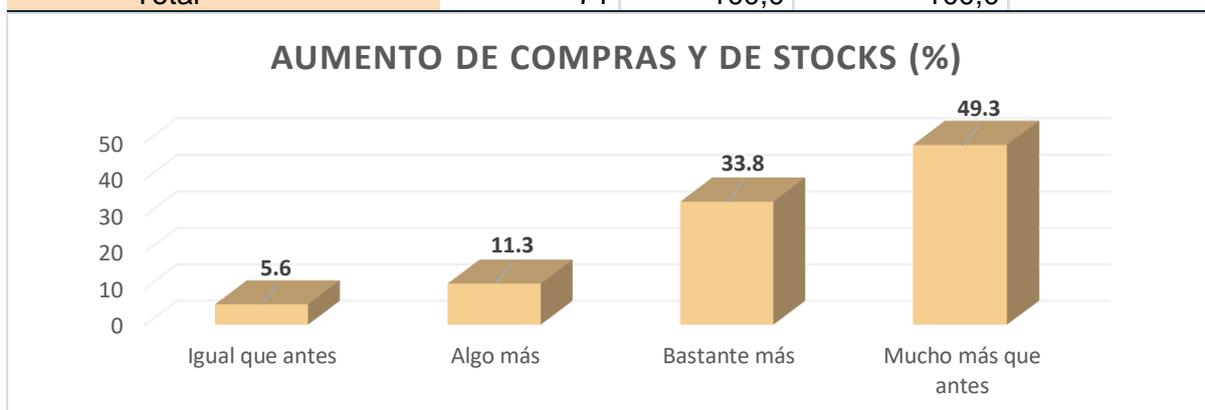


Figura 34. Diagrama de barras (Aumento de compras y stocks).

Tabla 35.

Distribución empírica de frecuencias (Variaciones -bajadas o subidas- de precios por cambios en la demanda).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	9	12,7	12,7	12,7
	Algo más	16	22,5	22,5	35,2
	Bastante más	22	31,0	31,0	66,2
	Mucho más que antes	24	33,8	33,8	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

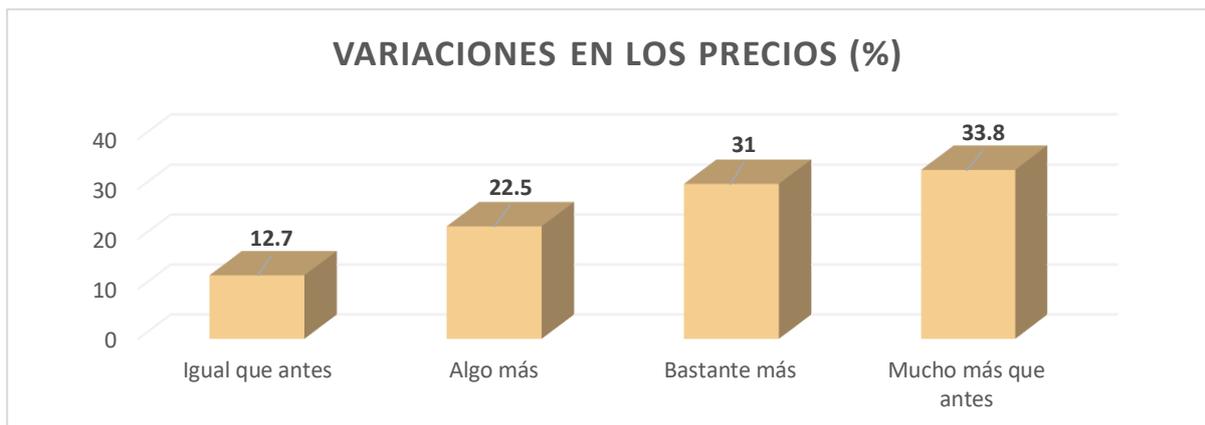


Figura 35. Diagrama de barras (Variaciones en los precios: bajadas o subidas).

Tabla 36.

Distribución empírica de frecuencias (Variaciones en las relaciones con los proveedores y/o relaciones con nuevos proveedores).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	14	19,7	19,7	19,7
	Algo más	20	28,2	28,2	47,9
	Bastante más	15	21,1	21,1	69,0
	Mucho más que antes	22	31,0	31,0	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

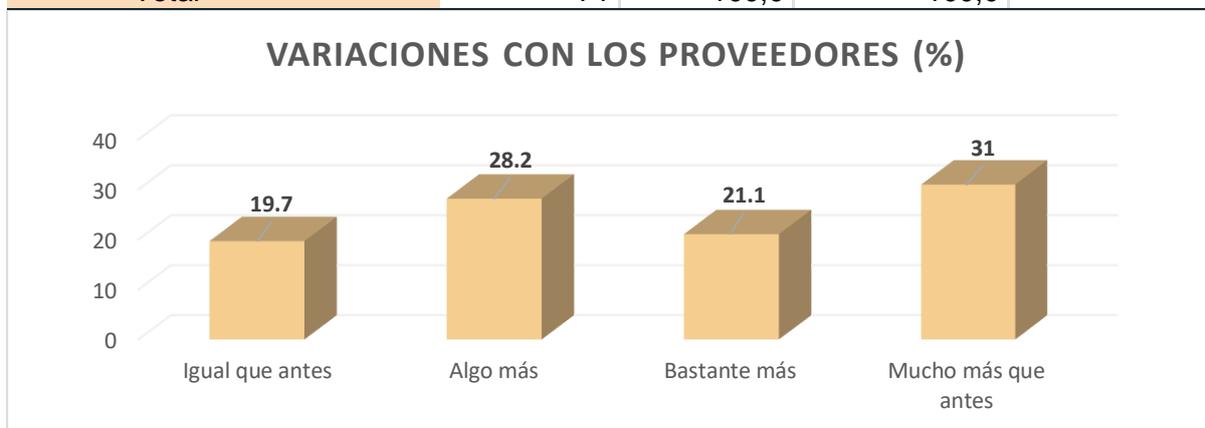


Figura 36. Diagrama de barras (Variaciones con los proveedores).

Tabla 37.

Distribución empírica de frecuencias (Estrategias de venta para deshacerse del stock malo - productos menos demandados-).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	26	36,6	36,6	36,6
	Algo más	19	26,8	26,8	63,4
	Bastante más	16	22,5	22,5	85,9
	Mucho más que antes	10	14,1	14,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

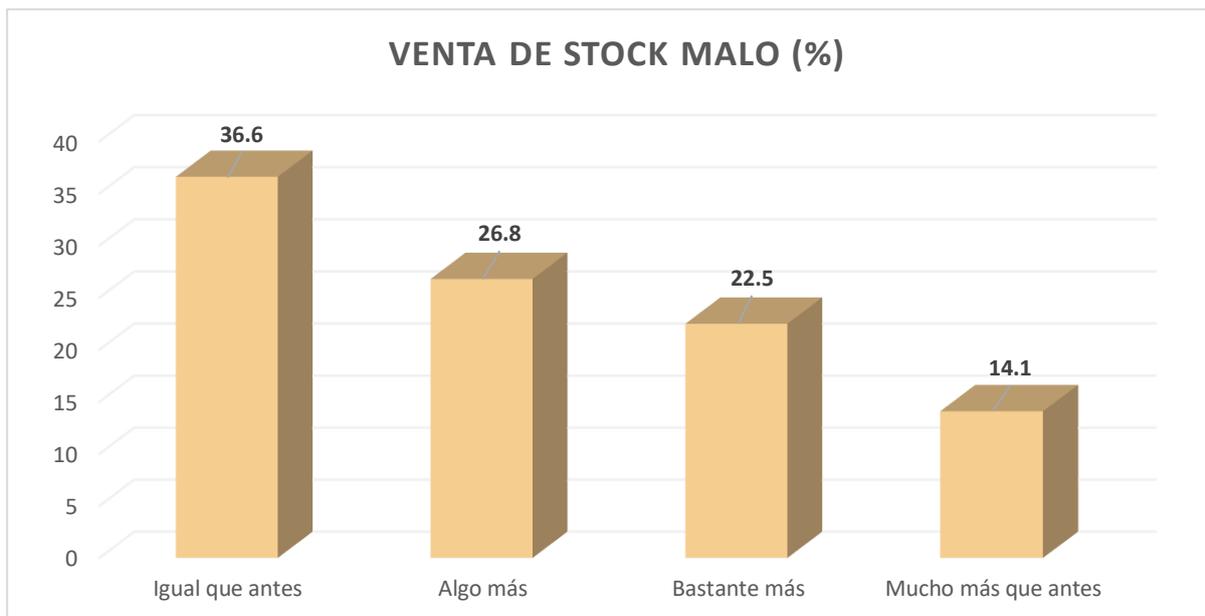


Figura 37. Diagrama de barras (Venta de stock malo).

Tabla 38.

Distribución empírica de frecuencias (¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad en términos generales?).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado nulo	13	18,3	18,3	18,3
	Grado bajo	29	40,8	40,8	59,2
	Grado medio	24	33,8	33,8	93,0
	Grado alto	5	7,0	7,0	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

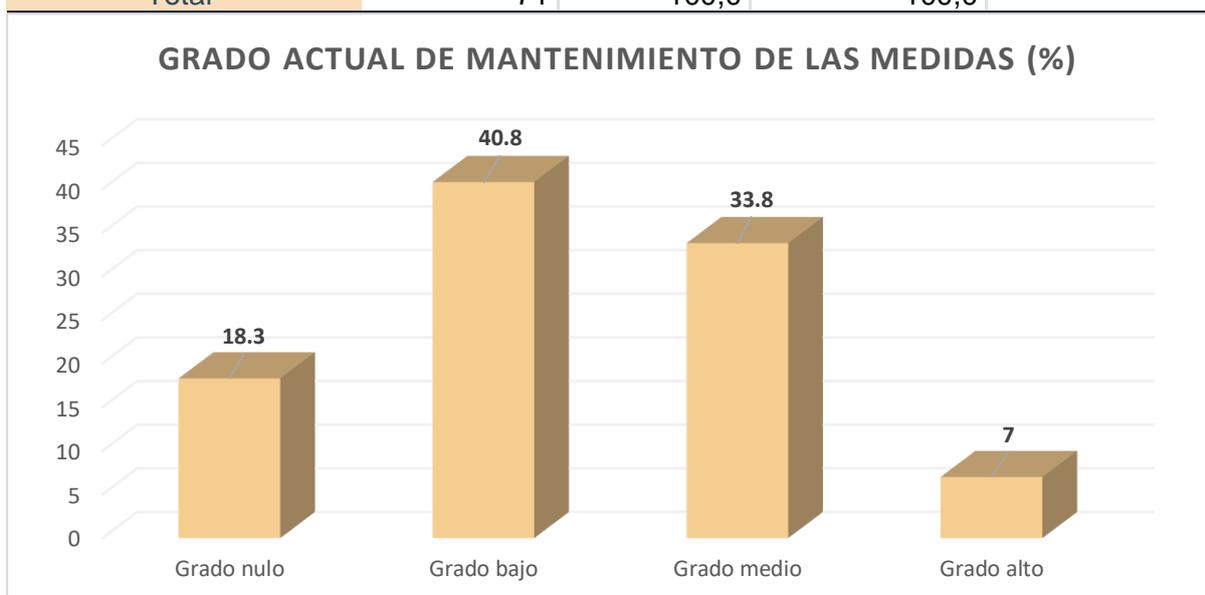


Figura 38. Diagrama de barras (Grado actual de mantenimiento de las medidas).

8.1.3.4. Subescala III-D: digitalización de la farmacia

Tabla 39.

Distribución empírica de frecuencias (Presencia en internet -páginas web, redes sociales, etc.).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	27	38,0	38,0	38,0
	Algo más	17	23,9	23,9	62,0
	Bastante más	16	22,5	22,5	84,5
	Mucho más que antes	11	15,5	15,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

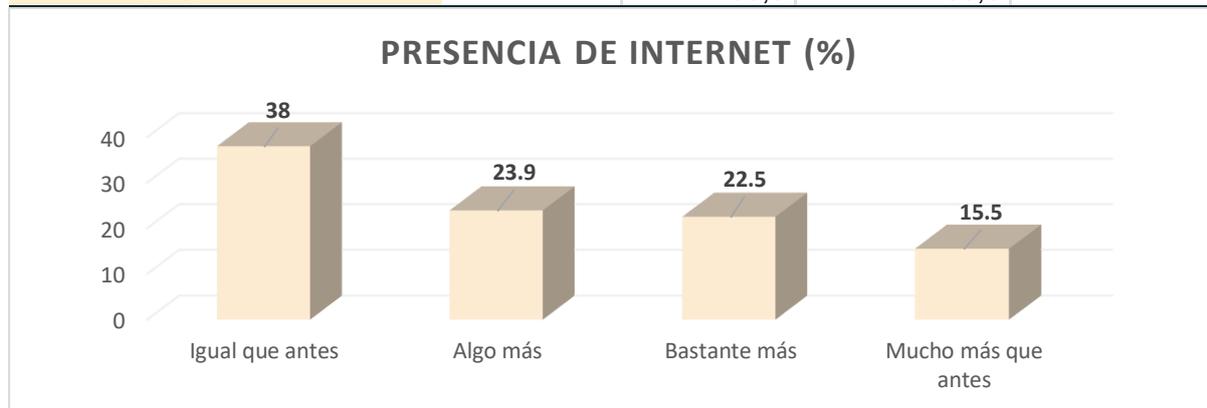


Figura 39. Diagrama de barras (Presencia en internet).

Tabla 40.

Distribución empírica de frecuencias (Uso de la robótica para dispensación de productos, a modo de cajero automático).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	56	78,9	78,9	78,9
	Algo más	8	11,3	11,3	90,1
	Bastante más	6	8,5	8,5	98,6
	Mucho más que antes	1	1,4	1,4	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

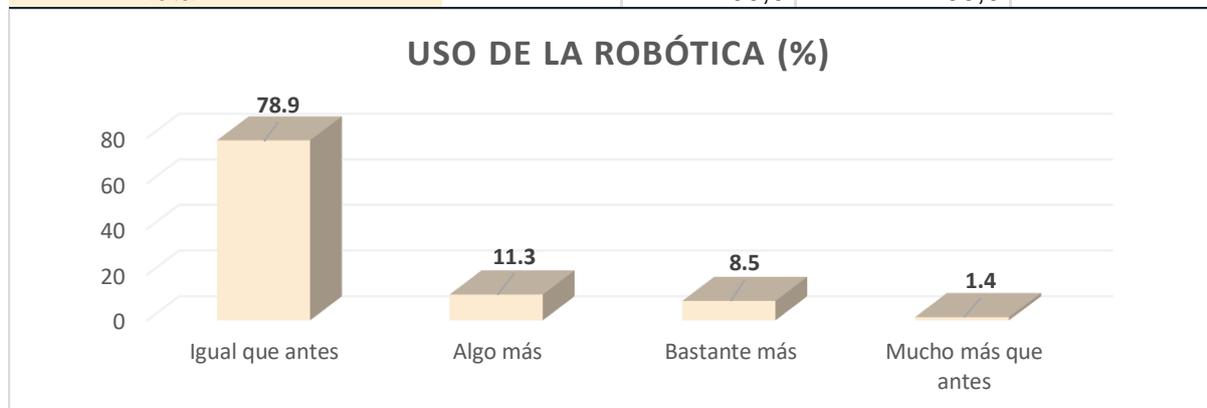


Figura 40. Diagrama de barras (Uso de la robótica).

Tabla 41.

Distribución empírica de frecuencias (Uso de la comunicación telemática: recepción, gestión y envío de datos e información).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	23	32,4	32,4	32,4
	Algo más	26	36,6	36,6	69,0
	Bastante más	17	23,9	23,9	93,0
	Mucho más que antes	5	7,0	7,0	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

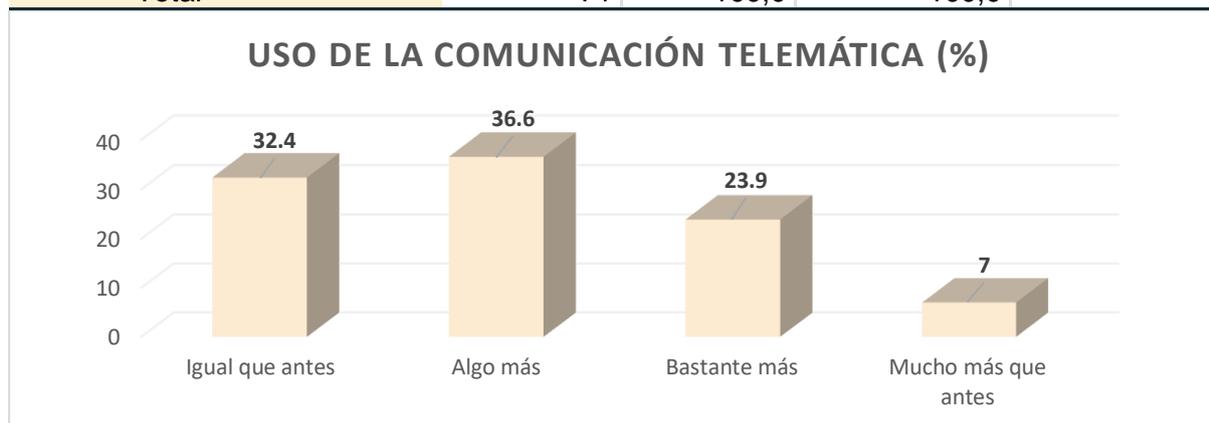


Figura 41. Diagrama de barras (Uso de la comunicación telemática).

Tabla 42.

Distribución empírica de frecuencias (Renovación de los sistemas informáticos: actualización o instalación de nuevas aplicaciones).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	19	26,8	26,8	26,8
	Algo más	27	38,0	38,0	64,8
	Bastante más	15	21,1	21,1	85,9
	Mucho más que antes	10	14,1	14,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

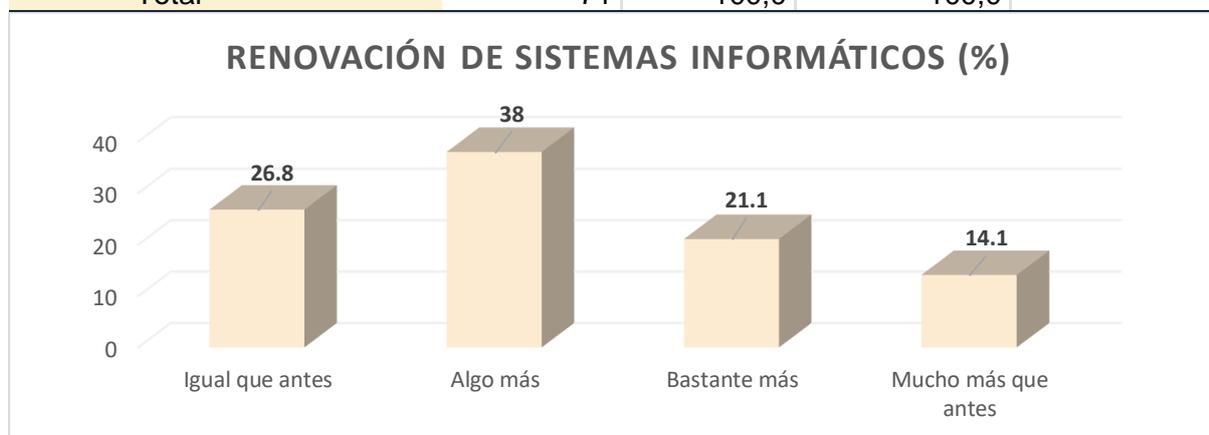


Figura 42. Diagrama de barras (Renovación de los sistemas informáticos).

Tabla 43.

Distribución empírica de frecuencias (Uso de recursos digitales audiovisuales en escaparates y lugares estratégicos).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	44	62,0	62,0	62,0
	Algo más	19	26,8	26,8	88,7
	Bastante más	5	7,0	7,0	95,8
	Mucho más que antes	3	4,2	4,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

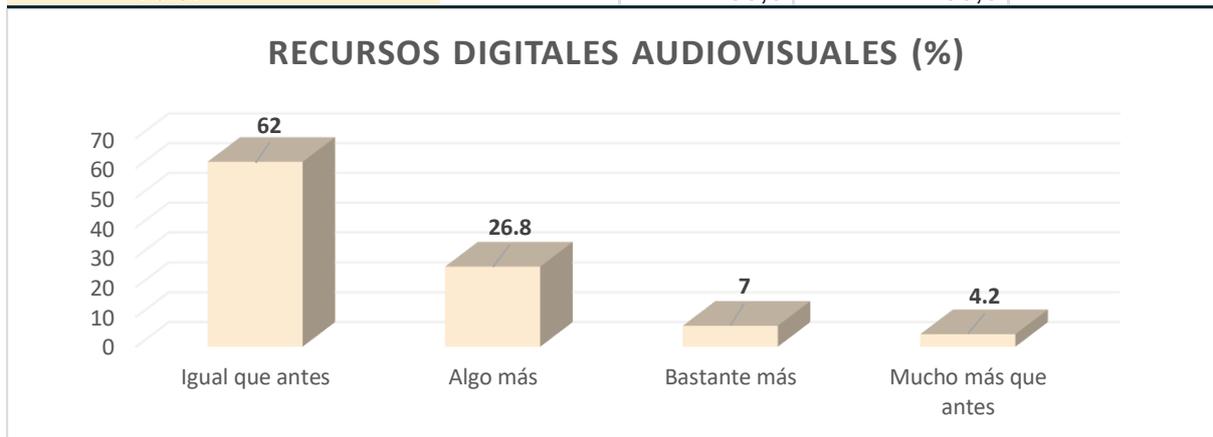


Figura 43. Diagrama de barras (Recursos digitales audiovisuales).

Tabla 44.

Distribución empírica de frecuencias (Formación e instrucción del personal de farmacia en las nuevas tecnologías digitales).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	28	39,4	39,4	39,4
	Algo más	21	29,6	29,6	69,0
	Bastante más	13	18,3	18,3	87,3
	Mucho más que antes	9	12,7	12,7	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

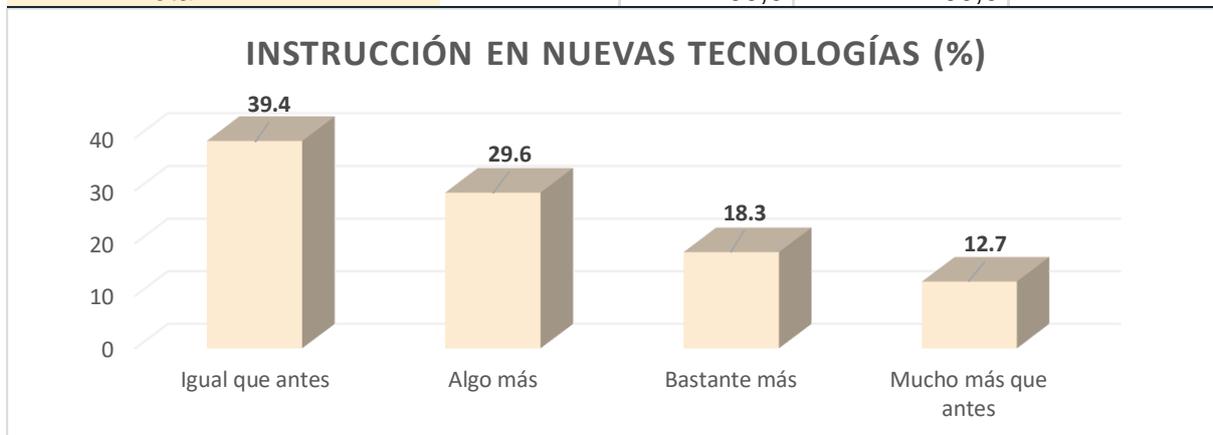


Figura 44. Diagrama de barras (Instrucción del personal en nuevas tecnologías).

Tabla 45.

Distribución empírica de frecuencias (Sistemas digitales de atención a personas con discapacidad visual, auditiva o intelectual).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	54	76,1	76,1	76,1
	Algo más	16	22,5	22,5	98,6
	Bastante más	1	1,4	1,4	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

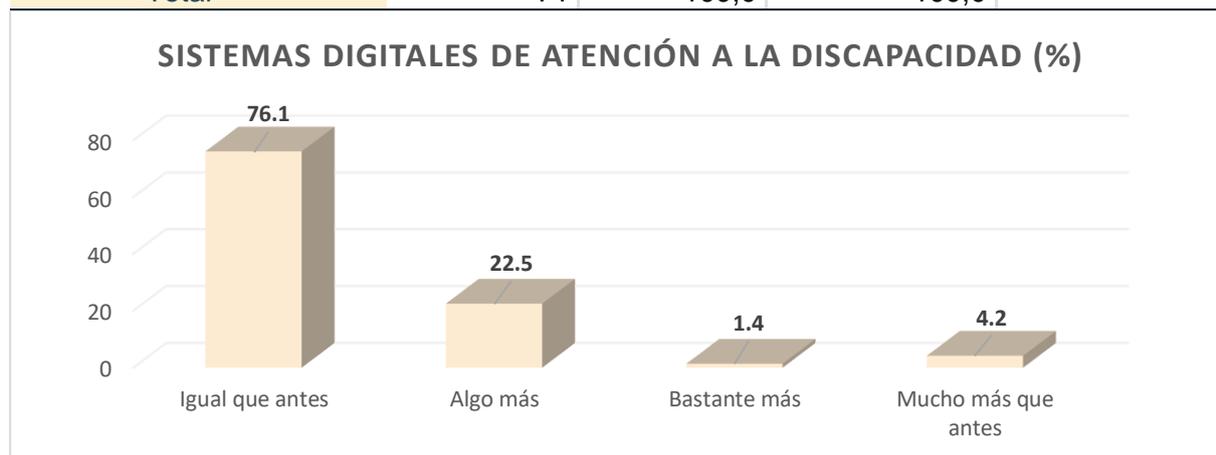


Figura 45. Diagrama de barras (Sistemas digitales de atención a la discapacidad).

Tabla 46.

Distribución empírica de frecuencias (¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad en términos generales?).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado nulo	22	31,0	31,0	31,0
	Grado bajo	32	45,1	45,1	76,1
	Grado medio	13	18,3	18,3	94,4
	Grado alto	4	5,6	5,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

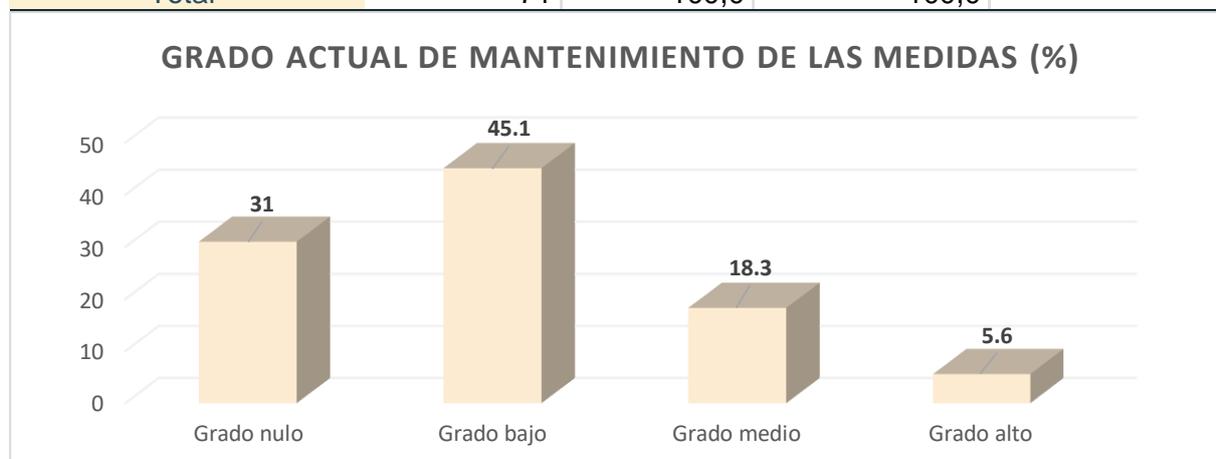


Figura 46. Diagrama de barras (Grado actual de mantenimiento de las medidas).

8.1.4. Escala IV: servicios de atención al cliente

8.1.4.1. Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y otros productos

Tabla 47.

Distribución empírica de frecuencias (Uso de la receta electrónica).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	9	12,7	12,7	12,7
	Algo más	5	7,0	7,0	19,7
	Bastante más	19	26,8	26,8	46,5
	Mucho más que antes	38	53,5	53,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

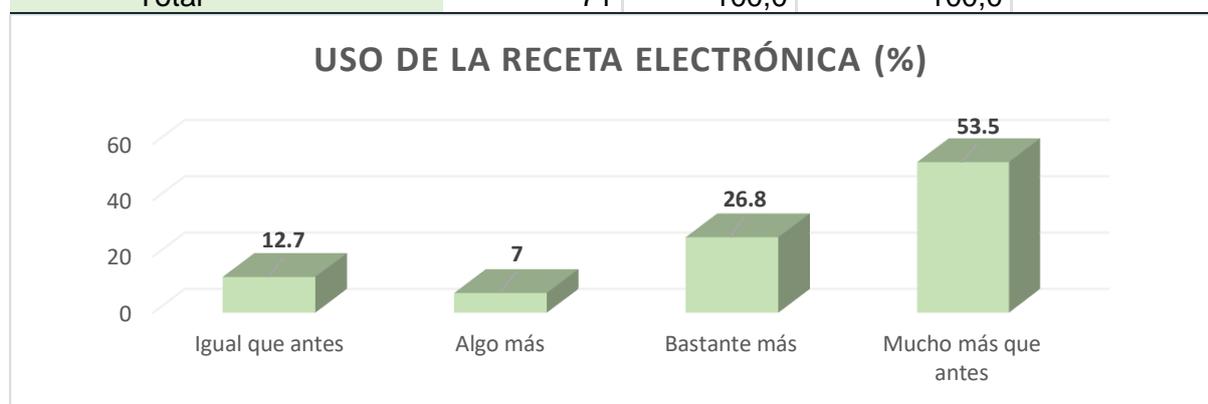


Figura 47. Diagrama de barras (Uso de la receta electrónica).

Tabla 48.

Distribución empírica de frecuencias (Renovación automática de la medicación en pacientes crónicos).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	17	23,9	23,9	23,9
	Algo más	13	18,3	18,3	42,3
	Bastante más	20	28,2	28,2	70,4
	Mucho más que antes	21	29,6	29,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

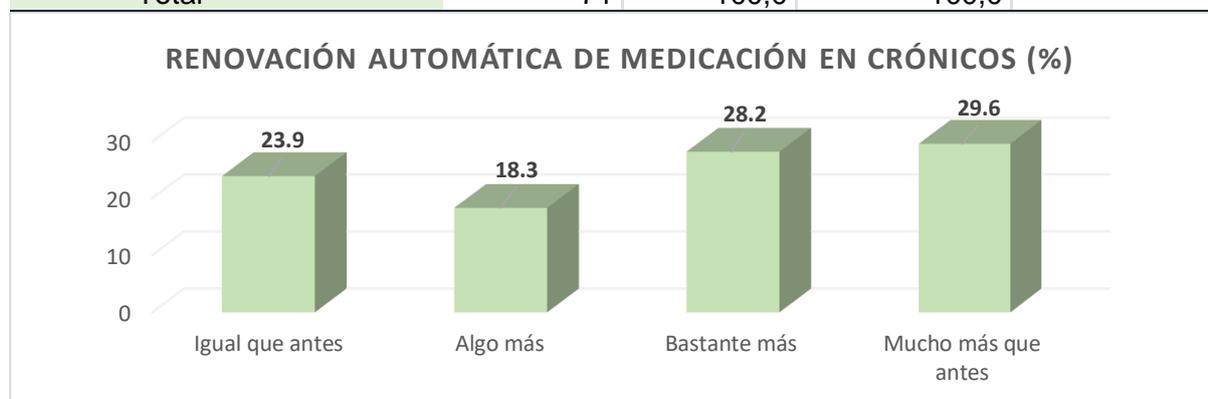


Figura 48. Diagrama de barras (Renovación automática de medicamentos en crónicos).

Tabla 49.

Distribución empírica de frecuencias (Dispensación de medicamentos sin receta impresa -sólo con la tarjeta SIP-).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	19	26,8	26,8	26,8
	Algo más	12	16,9	16,9	43,7
	Bastante más	15	21,1	21,1	64,8
	Mucho más que antes	25	35,2	35,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

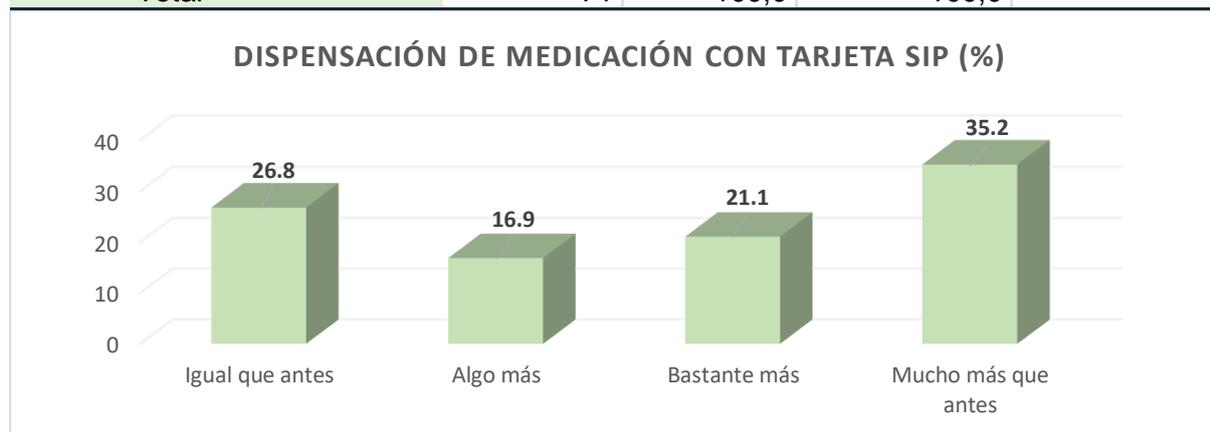


Figura 49. Diagrama de barras (Dispensación de medicamentos sin receta impresa -sólo con la tarjeta SIP-).

Tabla 50.

Distribución empírica de frecuencias (Dispensación sin receta impresa ni tarjeta SIP).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	35	49,3	49,3	49,3
	Algo más	9	12,7	12,7	62,0
	Bastante más	14	19,7	19,7	81,7
	Mucho más que antes	13	18,3	18,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

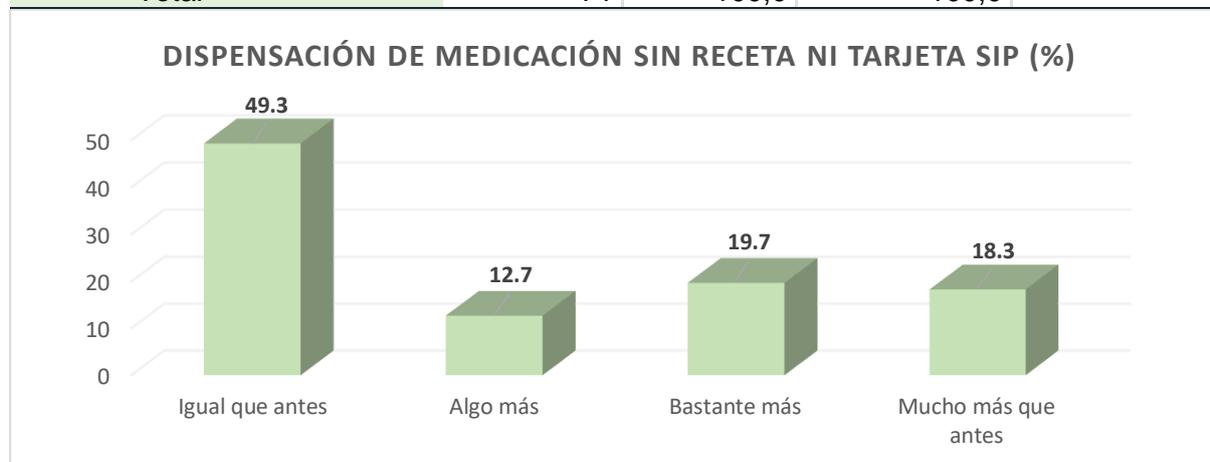


Figura 50. Diagrama de barras (Dispensación de medicamentos sin receta ni tarjeta SIP).

Tabla 51.

Distribución empírica de frecuencias (Agrupamiento de dispensaciones para reducir las visitas presenciales).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	23	32,4	32,4	32,4
	Algo más	20	28,2	28,2	60,6
	Bastante más	16	22,5	22,5	83,1
	Mucho más que antes	12	16,9	16,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

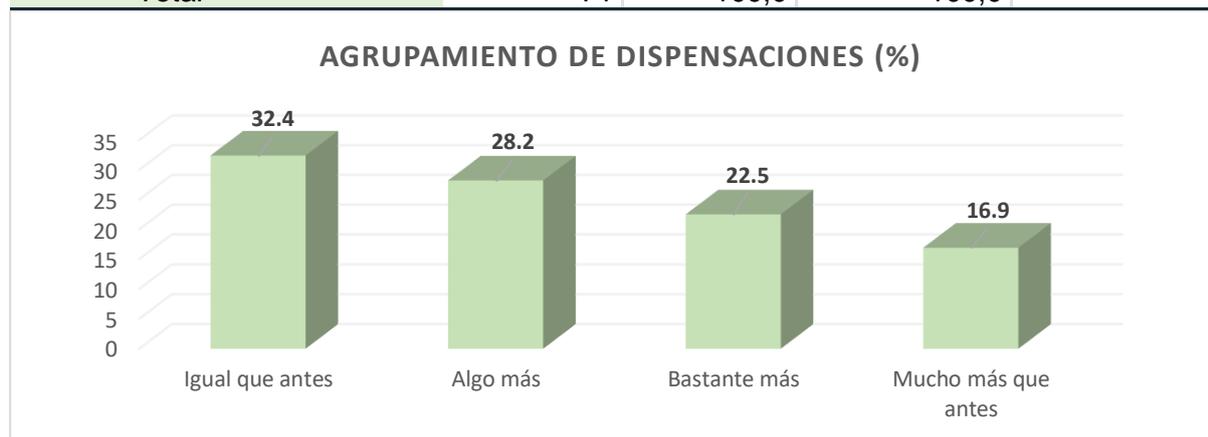


Figura 51. Diagrama de barras (Agrupamiento de dispensaciones).

Tabla 52.

Distribución empírica de frecuencias (Dispensación excepcional en la farmacia de medicamentos hospitalarios).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	61	85,9	85,9	85,9
	Algo más	7	9,9	9,9	95,8
	Bastante más	2	2,8	2,8	98,6
	Mucho más que antes	1	1,4	1,4	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

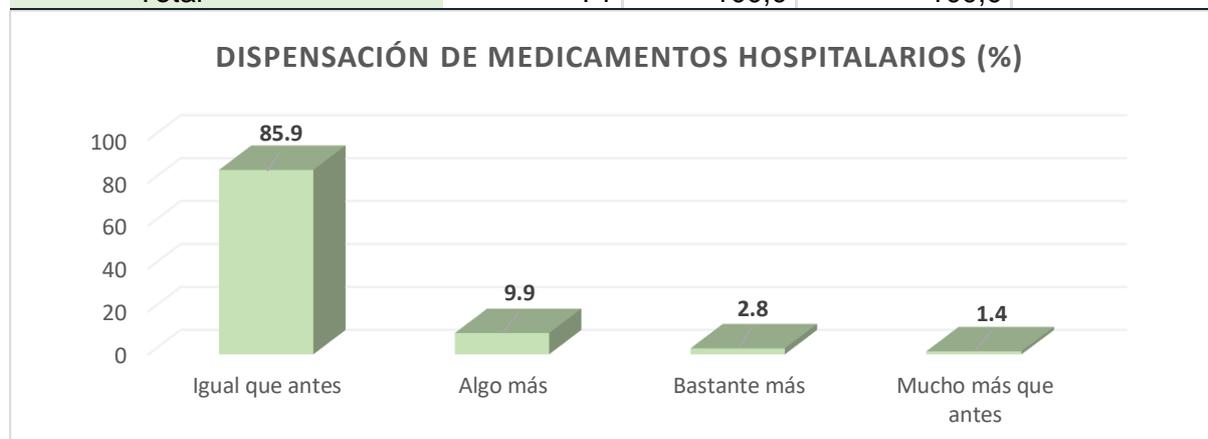


Figura 52. Diagrama de barras (Dispensación de medicamentos hospitalarios).

Tabla 53. *Distribución empírica de frecuencias (Farmacovigilancia y dispensación a domicilio de medicamentos para personas vulnerables, impedidas o de riesgo).*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	19	26,8	26,8	26,8
	Algo más	30	42,3	42,3	69,0
	Bastante más	14	19,7	19,7	88,7
	Mucho más que antes	8	11,3	11,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	



Figura 53. Diagrama de barras (Farmacovigilancia y dispensación a domicilio para personas vulnerables).

Tabla 54.

Distribución empírica de frecuencias (Distribución de productos COVID: hidrogeles, mascarillas, etc. y de test de antígenos).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	2	2,8	2,8	2,8
	Algo más	5	7,0	7,0	9,9
	Bastante más	10	14,1	14,1	23,9
	Mucho más que antes	54	76,1	76,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

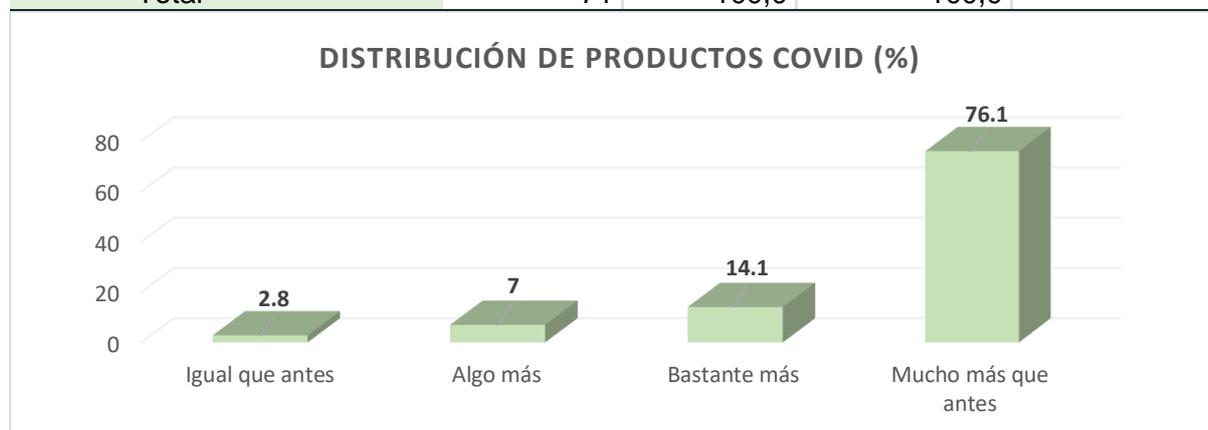


Figura 54. Diagrama de barras (Distribución de productos COVID).

Tabla 55.

Distribución empírica de frecuencias (¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad en términos generales?).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	10	14,1	14,1	14,1
	Algo más	27	38,0	38,0	52,1
	Bastante más	24	33,8	33,8	85,9
	Mucho más que antes	10	14,1	14,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

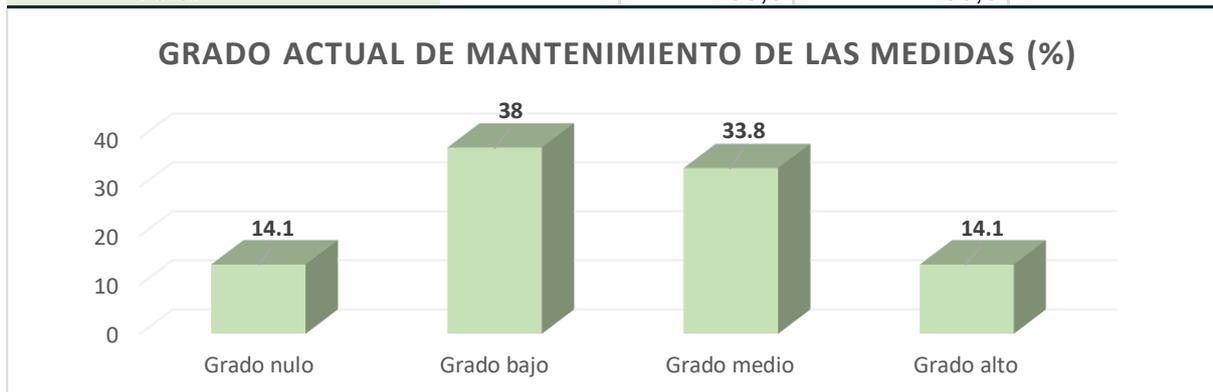


Figura 55. Diagrama de barras (Grado actual de mantenimiento de las medidas).

8.1.4.2. Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing

Tabla 56.

Distribución empírica de frecuencias (Mejora de la experiencia de compra: rapidez, efectividad, amabilidad, seguridad, conocimientos, etc.).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	34	47,9	47,9	47,9
	Algo más	8	11,3	11,3	59,2
	Bastante más	20	28,2	28,2	87,3
	Mucho más que antes	9	12,7	12,7	100,0
	Total	71	100,0	100,0	



Figura 56. Diagrama de barras (Mejora de la experiencia de compra).

Tabla 57.

Distribución empírica de frecuencias (Fidelización comercial: tarjetas descuento, información online sobre ofertas, recordatorios, etc.).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	39	54,9	54,9	54,9
	Algo más	15	21,1	21,1	76,1
	Bastante más	13	18,3	18,3	94,4
	Mucho más que antes	4	5,6	5,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	



Figura 57. Diagrama de barras (Fidelización comercial).

Tabla 58.

Distribución empírica de frecuencias (Fidelización emocional: conocer los tratamientos y aspectos personales del cliente, familiaridad en el trato).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	26	36,6	36,6	36,6
	Algo más	11	15,5	15,5	52,1
	Bastante más	25	35,2	35,2	87,3
	Mucho más que antes	9	12,7	12,7	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

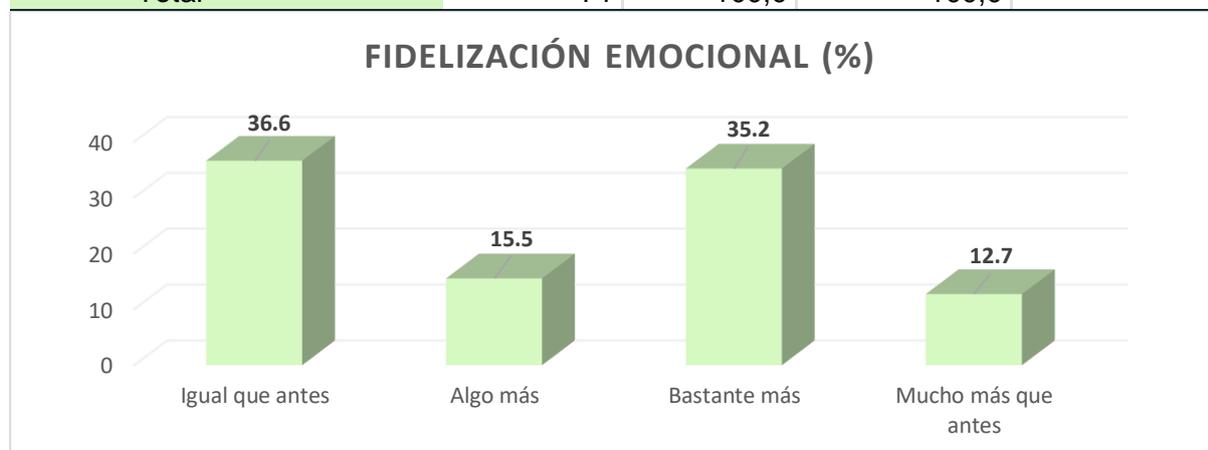


Figura 58. Diagrama de barras (Fidelización emocional).

Tabla 59.

Distribución empírica de frecuencias (Venta por catálogo online y recogida del pedido en un punto seguro de la farmacia, o bien, envío a domicilio: e-commerce).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	48	67,6	67,6	67,6
	Algo más	16	22,5	22,5	90,1
	Bastante más	4	5,6	5,6	95,8
	Mucho más que antes	3	4,2	4,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	



Figura 59. Diagrama de barras (Venta online y e-commerce).

Tabla 60.

Distribución empírica de frecuencias (Campañas comerciales para deshacerse del stock malo y/o mejorar las ventas del bueno).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	34	47,9	47,9	47,9
	Algo más	21	29,6	29,6	77,5
	Bastante más	11	15,5	15,5	93,0
	Mucho más que antes	5	7,0	7,0	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

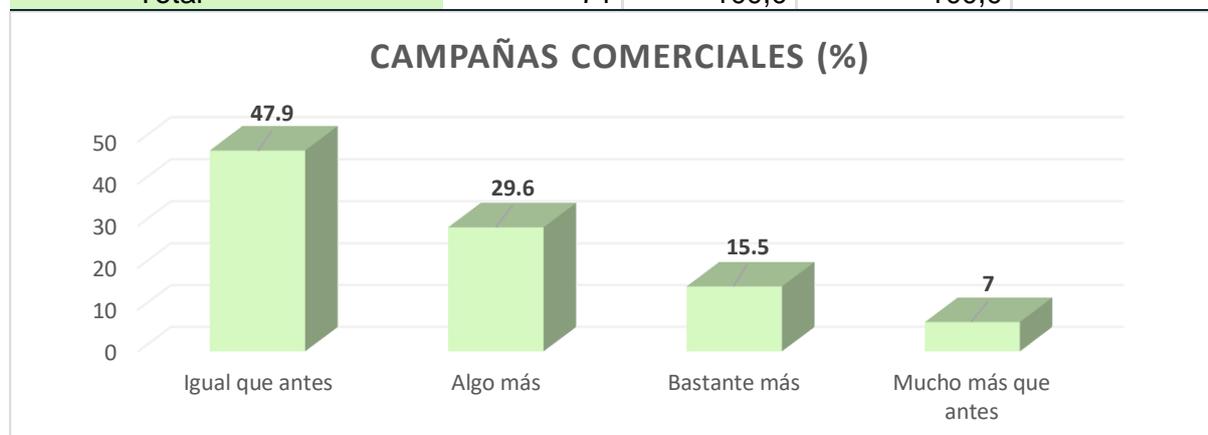


Figura 60. Diagrama de barras (Campañas comerciales).

Tabla 61.

Distribución empírica de frecuencias (¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad en términos generales?).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	20	28,2	28,2	28,2
	Algo más	29	40,8	40,8	69,0
	Bastante más	18	25,4	25,4	94,4
	Mucho más que antes	4	5,6	5,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

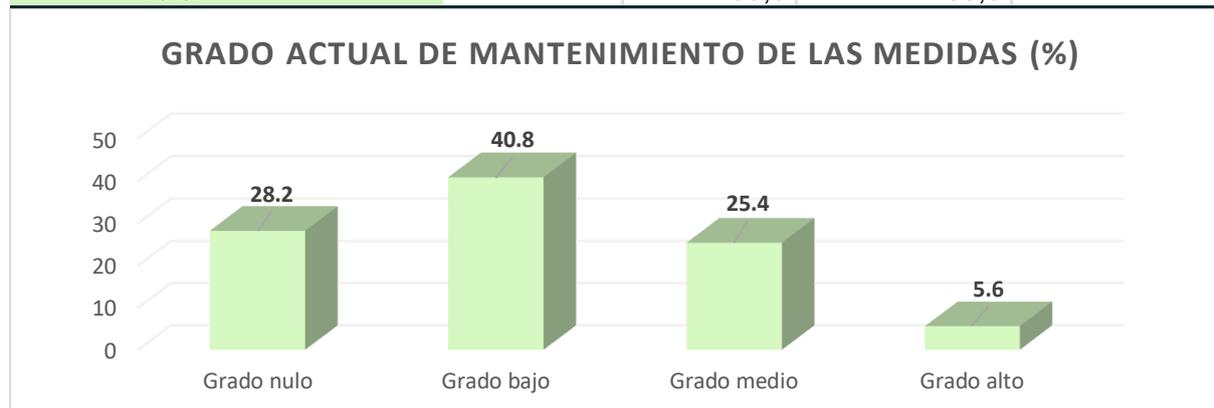


Figura 61. Diagrama de barras (Grado actual de mantenimiento de las medidas).

8.2. Tablas (Contrastes de medias)

8.2.1. Sexo

Tabla 62.

Pruebas de normalidad.

Escalas y subescalas	Ítem 1	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	gl	Sig.
Escala II: afectación de los servicios	Hombre	,154	34	,040
	Mujer	,139	37	,070
Subescala II-A: servicios básicos y esenciales	Hombre	,087	34	,200*
	Mujer	,129	37	,121
Subescala II-B: servicios complementarios (programas de salud)	Hombre	,121	34	,200*
	Mujer	,159	37	,019
Subescala II-C: servicios colaborativos (uso de medicamentos y autocontrol)	Hombre	,148	34	,058
	Mujer	,204	37	,000
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	Hombre	,097	34	,200*
	Mujer	,128	37	,133
Subescala III-A: medidas de higiene y prevención del contagio	Hombre	,192	34	,003
	Mujer	,166	37	,011
Subescala III-B: medidas de ajuste del personal de la farmacia	Hombre	,196	34	,002
	Mujer	,147	37	,043
Subescala III-C: medidas sobre los productos farmacéuticos	Hombre	,123	34	,200*
	Mujer	,185	37	,002
	Hombre	,175	34	,010

Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia	Mujer	,154	37	,027
Escala IV: servicios de atención al cliente	Hombre	,142	34	,081
	Mujer	,149	37	,037
Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y otros productos	Hombre	,186	34	,004
	Mujer	,147	37	,043
Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing	Hombre	,140	34	,091
	Mujer	,143	37	,053

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera. a. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 63.

Estadísticas de grupo.

Escala y subescalas	Ítem 1	N	Media	Desviación típica	Error promedio
	Mujer	37	18,4054	4,76946	,78409
Subescala II-A: servicios básicos o esenciales	Hombre	34	9,3235	2,33187	,39991
	Mujer	37	8,8108	2,69607	,44323
Subescala II-B: servicios complementarios	Hombre	34	8,7353	3,27811	,56219
	Mujer	37	8,0541	2,50495	,41181
Subescala II-C: servicios colaborativos	Hombre	34	36,8824	9,81268	1,68286
	Mujer	37	35,2703	6,31862	1,03877
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	Hombre	34	18,6765	2,62529	,45023
	Mujer	37	18,9730	2,61923	,43060
Subescala III-A: higiene y prevención del contagio	Hombre	34	7,7941	2,08573	,35770
	Mujer	37	7,5676	2,84352	,46747
Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia	Hombre	34	16,0882	4,32307	,74140
	Mujer	37	15,4865	3,33851	,54885
Subescala III-C: medidas sobre los productos farmacéuticos	Hombre	34	13,4412	3,65307	,62650
	Mujer	37	15,6216	4,51757	,74268
Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia	Hombre	34	56,0000	9,30624	1,59601
	Mujer	37	57,6486	8,40045	1,38103
Escala IV: servicios de atención al cliente	Hombre	34	24,8235	3,62208	,62118
	Mujer	37	22,1351	5,67726	,93334
Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos	Hombre	34	10,3529	3,09332	,53050
	Mujer	37	12,3784	3,73684	,61433
Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing	Hombre	34	35,1765	5,01797	,86057
	Mujer	37	34,5135	7,25956	1,19346

Tabla 64.

Prueba T de Student para dos grupos independientes.

		Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
EII-A	Varianzas iguales	3,933	,051	,315	69	,753	,41812	1,32608	-2,227	3,06358
	Varianzas desiguales			,312	61,041	,756	,41812	1,34202	-2,265	3,10163

EIII	Varianzas iguales	,269	,606	-,785	69	,435	-1,64865	2,10135	-5,840	2,54343
	Varianzas desiguales			-,781	66,661	,437	-1,64865	2,11056	-5,861	2,56444
EIV-B	Varianzas iguales	,586	,447	-2,47	69	,016	-2,02544	,81821	-3,657	-,39315
	Varianzas desiguales			-2,49	68,285	,015	-2,02544	,81169	-3,645	-,40587

Tabla 65.

Prueba U de Mann-Whitney para dos grupos independientes.

	EII-B	EII-C	EII	EIII-A	EIII-B	EIII-C	EIII_D	EIV-A	EIV
U de Mann-Whitney	505	537,5	580	615	559,5	541	454	452	540,5
W de Wilcoxon	1208	1240	128	1210	1262,5	1244	1049,5	1155,5	1243,5
Z	-1,440	-1,063	-,565	-,163	-,809	-1,018	-2,017	-2,041	-1,021
Sig. Asintótica (bilateral)	,150	,288	,572	,870	,419	,309	,044	,041	,307

a. Variable de agrupación: Ítem 1.

8.2.3. Edad

Tabla 66.

Pruebas de normalidad.

Escalas y subescalas	Ítem 2	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	gl	Sig.
Escala II: afectación de los servicios	18-35	,131	33	,166
	36-45	,225	13	,070
	46-65	,147	24	,194
Subescala II-A: servicios básicos y esenciales	18-35	,077	33	,200*
	36-45	,208	13	,129
	46-65	,128	24	,200*
Subescala II-B: servicios complementarios (programas de salud)	18-35	,191	33	,004
	36-45	,163	13	,200*
	46-65	,152	24	,162
Subescala II-C: servicios colaborativos (uso de medicamentos y autocontrol)	18-35	,193	33	,003
	36-45	,155	13	,200*
	46-65	,135	24	,200*
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	18-35	,131	33	,162
	36-45	,127	13	,200*
	46-65	,165	24	,090
Subescala III-A: medidas de higiene y prevención del contagio	18-35	,155	33	,044
	36-45	,322	13	,001
	46-65	,205	24	,010
Subescala III-B: medidas de ajuste del personal de la farmacia	18-35	,167	33	,021
	36-45	,158	13	,200*
	46-65	,183	24	,037
	18-35	,169	33	,017

<i>Subescala III-C: medidas sobre los productos farmacéuticos</i>	36-45	,133	13	,200*
	46-65	,109	24	,200*
<i>Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia</i>	18-35	,167	33	,020
	36-45	,220	13	,085
	46-65	,183	24	,037
Escala IV: servicios de atención al cliente	18-35	,119	33	,200*
	36-45	,172	13	,200*
	46-65	,078	24	,200*
<i>Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y otros productos</i>	18-35	,106	33	,200*
	36-45	,172	13	,200*
	46-65	,156	24	,137
<i>Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing</i>	18-35	,113	33	,200*
	36-45	,138	13	,200*
	46-65	,208	24	,008

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera. a. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 67.

Prueba de homogeneidad de varianzas.

		Estadístico de Levene	gl ₁	gl ₂	Sig.
EII	Se basa en la media	,978	2	67	,381
	Se basa en la mediana	,393	2	67	,677
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,393	2	63,259	,677
	Se basa en la media recortada	,922	2	67	,403
EII-A	Se basa en la media	1,626	2	67	,204
	Se basa en la mediana	1,116	2	67	,334
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,116	2	66,761	,334
	Se basa en la media recortada	1,638	2	67	,202
EIII	Se basa en la media	,914	2	67	,406
	Se basa en la mediana	,733	2	67	,484
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,733	2	66,660	,484
	Se basa en la media recortada	,885	2	67	,418
EIV	Se basa en la media	,055	2	67	,947
	Se basa en la mediana	,031	2	67	,970
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,031	2	64,581	,970
	Se basa en la media recortada	,061	2	67	,941
EIV-A	Se basa en la media	,768	2	67	,468
	Se basa en la mediana	,793	2	67	,457
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,793	2	65,653	,457
	Se basa en la media recortada	,784	2	67	,461
EIV-B	Se basa en la media	1,940	2	67	,152
	Se basa en la mediana	1,599	2	67	,210
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,599	2	57,083	,211
	Se basa en la media recortada	1,879	2	67	,161

Tabla 68.

Estadísticas de grupo.

		N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
EII	18-35	33	36,4545	7,39548	1,28739	33,8322	39,0769	24,00	51,00
	36-45	13	38,5385	9,09776	2,52326	33,0407	44,0362	28,00	54,00
	46-65	24	34,5833	8,48998	1,73301	30,9983	38,1683	20,00	51,00
	> 65 años	1	25,0000	.	.	.	.	25,00	25,00
	Total	71	36,0423	8,15990	,96840	34,1108	37,9737	20,00	54,00
EII-A	18-35	33	18,4848	5,28040	,91920	16,6125	20,3572	9,00	29,00
	36-45	13	21,0000	6,46787	1,79386	17,0915	24,9085	13,00	30,00
	46-65	24	17,7083	5,24594	1,07082	15,4932	19,9235	9,00	30,00
	> 65 años	1	13,0000	.	.	.	.	13,00	13,00
	Total	71	18,6056	5,54586	,65817	17,2930	19,9183	9,00	30,00
EII-B	18-35	33	9,4545	2,68201	,46688	8,5035	10,4055	5,00	16,00
	36-45	13	9,2308	2,42053	,67133	7,7681	10,6935	4,00	12,00
	46-65	24	8,6250	2,18319	,44564	7,7031	9,5469	4,00	12,00
	> 65 años	1	4,0000	.	.	.	.	4,00	4,00
	Total	71	9,0563	2,52353	,29949	8,4590	9,6536	4,00	16,00
EII-C	18-35	33	8,5152	2,33347	,40620	7,6877	9,3426	5,00	15,00
	36-45	13	8,3077	3,06552	,85022	6,4552	10,1602	4,00	15,00
	46-65	24	8,2500	3,61458	,73782	6,7237	9,7763	4,00	16,00
	> 65 años	1	8,0000	.	.	.	.	8,00	8,00
	Total	71	8,3803	2,90008	,34418	7,6938	9,0667	4,00	16,00
EIII	18-35	33	58,0303	9,38911	1,63443	54,7011	61,3595	44,00	76,00
	36-45	13	58,3846	8,46107	2,34668	53,2716	63,4976	42,00	73,00
	46-65	24	54,5833	8,21407	1,67669	51,1148	58,0518	39,00	70,00
	> 65 años	1	53,0000	.	.	.	.	53,00	53,00
	Total	71	56,8592	8,82091	1,04685	54,7713	58,9470	39,00	76,00
EIII-A	18-35	33	18,6061	2,65682	,46249	17,6640	19,5481	13,00	24,00
	36-45	13	19,1538	2,54448	,70571	17,6162	20,6915	12,00	21,00
	46-65	24	18,8750	2,67537	,54611	17,7453	20,0047	12,00	24,00
	> 65 años	1	21,0000	.	.	.	.	21,00	21,00
	Total	71	18,8310	2,60760	,30947	18,2138	19,4482	12,00	24,00
EIII-B	18-35	33	8,0000	2,82843	,49237	6,9971	9,0029	3,00	14,00
	36-45	13	7,6154	2,02231	,56089	6,3933	8,8375	4,00	11,00
	46-65	24	7,3333	2,29682	,46884	6,3635	8,3032	3,00	13,00
	> 65 años	1	6,0000	.	.	.	.	6,00	6,00
	Total	71	7,6761	2,49442	,29603	7,0856	8,2665	3,00	14,00
EIII-C	18-35	33	15,9697	3,46847	,60378	14,7398	17,1996	12,00	24,00
	36-45	13	16,7692	4,81584	1,33567	13,8590	19,6794	8,00	24,00
	46-65	24	14,9583	3,79335	,77431	13,3565	16,5601	7,00	23,00
	> 65 años	1	16,0000	.	.	.	.	16,00	16,00
	Total	71	15,7746	3,82547	,45400	14,8692	16,6801	7,00	24,00
EIII-D	18-35	33	15,4545	4,69768	,81776	13,7888	17,1203	8,00	28,00
	36-45	13	14,8462	3,18450	,88322	12,9218	16,7705	10,00	19,00
	46-65	24	13,4167	3,91115	,79836	11,7651	15,0682	8,00	22,00

	> 65 años	1	10,0000	.	.	.	.	10,00	10,00
	Total	71	14,5775	4,24150	,50337	13,5735	15,5814	8,00	28,00
EIV	18-35	33	34,0303	6,49271	1,13024	31,7281	36,3325	22,00	52,00
	36-45	13	37,0769	6,30425	1,74848	33,2673	40,8865	27,00	45,00
	46-65	24	34,8333	5,95393	1,21534	32,3192	37,3475	23,00	47,00
	> 65 años	1	32,0000	.	.	.	.	32,00	32,00
	Total	71	34,8310	6,25182	,74196	33,3512	36,3108	22,00	52,00
EIV-A	18-35	33	22,2727	5,02041	,87394	20,4926	24,0529	11,00	31,00
	36-45	13	25,0000	5,44671	1,51065	21,7086	28,2914	17,00	32,00
	46-65	24	24,1250	4,52349	,92335	22,2149	26,0351	13,00	32,00
	> 65 años	1	24,0000	.	.	.	.	24,00	24,00
	Total	71	23,4225	4,95886	,58851	22,2488	24,5963	11,00	32,00
EIV-B	18-35	33	11,7576	4,10815	,71514	10,3009	13,2143	6,00	22,00
	36-45	13	12,0769	2,17798	,60406	10,7608	13,3931	9,00	16,00
	46-65	24	10,7083	3,36838	,68757	9,2860	12,1307	6,00	18,00
	> 65 años	1	8,0000	.	.	.	.	8,00	8,00
	Total	71	11,4085	3,56802	,42345	10,5639	12,2530	6,00	22,00

Tabla 69.

Prueba ANOVA.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
EII	Entre grupos	259,627	3	86,542	1,317	,276
	Dentro de grupos	4401,246	67	65,690		
	Total	4660,873	70			
EII-A	Entre grupos	125,757	3	41,919	1,385	,255
	Dentro de grupos	2027,201	67	30,257		
	Total	2152,958	70			
EIII	Entre grupos	214,712	3	71,571	,917	,438
	Dentro de grupos	5231,880	67	78,088		
	Total	5446,592	70			
EIV	Entre grupos	94,746	3	31,582	,801	,498
	Dentro de grupos	2641,226	67	39,421		
	Total	2735,972	70			
EIV-A	Entre grupos	88,153	3	29,384	1,205	,315
	Dentro de grupos	1633,170	67	24,376		
	Total	1721,324	70			
EIV-B	Entre grupos	33,213	3	11,071	,865	,464
	Dentro de grupos	857,942	67	12,805		
	Total	891,155	70			

Tabla 70.

Prueba H de Kruskal-Wallis.

	EII-B	EII-C	EIII-A	EIII-B	EIII-C	EIII-D
H de Kruskal-Wallis	,888	,390	,913	1,005	1,335	3,360
gl	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,641	,823	,634	,605	,513	,186

a. Prueba de Kruskal Wallis. b. Variable de agrupación: Item 2

8.2.3. Nivel de formación

Tabla 71.

Pruebas de normalidad.

Escalas y subescalas	Ítem 3	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	gl	Sig.
Escala II: afectación de los servicios	Sin estudios	,385	3	.
	ESO/FP básico	,206	9	,200*
	Bachiller/FP medio	,189	16	,131
	Grado/FP superior	,145	29	,122
	Máster/postgrado	,189	14	,191
<i>Subescala II-A: servicios básicos o esenciales</i>	Sin estudios	,328	3	.
	ESO/FP básico	,238	9	,150
	Bachiller/FP medio	,109	16	,200*
	Grado/FP superior	,111	29	,200*
	Máster/postgrado	,227	14	,048
<i>Subescala II-B: servicios complementarios</i>	Sin estudios	,385	3	.
	ESO/FP básico	,160	9	,200*
	Bachiller/FP medio	,134	16	,200*
	Grado/FP superior	,121	29	,200*
	Máster/postgrado	,172	14	,200*
<i>Subescala II-C: servicios colaborativos</i>	Sin estudios	,292	3	.
	ESO/FP básico	,243	9	,135
	Bachiller/FP medio	,198	16	,093
	Grado/FP superior	,181	29	,016
	Máster/postgrado	,166	14	,200*
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	Sin estudios	,385	3	.
	ESO/FP básico	,267	9	,063
	Bachiller/FP medio	,166	16	,200*
	Grado/FP superior	,134	29	,197
	Máster/postgrado	,210	14	,095
<i>Subescala III-A: higiene y prevención del contagio</i>	Sin estudios	,385	3	.
	ESO/FP básico	,195	9	,200*
	Bachiller/FP medio	,173	16	,200*
	Grado/FP superior	,221	29	,001
	Máster/postgrado	,225	14	,054
<i>Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia</i>	Sin estudios	,314	3	.
	ESO/FP básico	,249	9	,114
	Bachiller/FP medio	,133	16	,200*
	Grado/FP superior	,214	29	,002
	Máster/postgrado	,239	14	,029
<i>Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos</i>	Sin estudios	,385	3	.
	ESO/FP básico	,149	9	,200*
	Bachiller/FP medio	,212	16	,052
	Grado/FP superior	,122	29	,200*
	Máster/postgrado	,203	14	,122
<i>Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia</i>	Sin estudios	,219	3	.
	ESO/FP básico	,261	9	,077
	Bachiller/FP medio	,223	16	,032
	Grado/FP superior	,175	29	,023
	Máster/postgrado	,273	14	,006
Escala IV: servicios de atención al cliente	Sin estudios	,292	3	.

	ESO/FP básico	,181	9	,200*
	Bachiller/FP medio	,109	16	,200*
	Grado/FP superior	,097	29	,200*
	Máster/postgrado	,189	14	,189
<i>Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos</i>	Sin estudios	,385	3	.
	ESO/FP básico	,196	9	,200*
	Bachiller/FP medio	,132	16	,200*
	Grado/FP superior	,126	29	,200*
	Máster/postgrado	,100	14	,200*
<i>Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing</i>	Sin estudios	,253	3	.
	ESO/FP básico	,190	9	,200*
	Bachiller/FP medio	,194	16	,111
	Grado/FP superior	,139	29	,162
	Máster/postgrado	,183	14	,200*

Tabla 72.

Prueba de homogeneidad de varianzas.

		Estadístico de Levene	gl ₁	gl ₂	Sig.
EII	Se basa en la media	1,725	4	66	,155
	Se basa en la mediana	1,365	4	66	,256
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,365	4	55,210	,258
	Se basa en la media recortada	1,681	4	66	,165
EII-B	Se basa en la media	,872	4	66	,485
	Se basa en la mediana	,933	4	66	,450
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,933	4	63,655	,451
	Se basa en la media recortada	,878	4	66	,482
EIII	Se basa en la media	,225	4	66	,924
	Se basa en la mediana	,251	4	66	,908
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,251	4	57,291	,908
	Se basa en la media recortada	,236	4	66	,917
EIII-C	Se basa en la media	1,445	4	66	,229
	Se basa en la mediana	1,105	4	66	,362
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,105	4	57,317	,363
	Se basa en la media recortada	1,396	4	66	,245
EIII-D	Se basa en la media	,901	4	66	,468
	Se basa en la mediana	,689	4	66	,602
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,689	4	49,837	,603
	Se basa en la media recortada	,865	4	66	,489
EIV	Se basa en la media	,877	4	66	,483
	Se basa en la mediana	,823	4	66	,515
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,823	4	59,569	,515
	Se basa en la media recortada	,876	4	66	,483
EIV-A	Se basa en la media	,622	4	66	,648
	Se basa en la mediana	,587	4	66	,673
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,587	4	59,229	,673

	Se basa en la media recortada		,616	4	66	,652
EIV-B	Se basa en la media		,998	4	66	,415
	Se basa en la mediana		,799	4	66	,530
	Se basa en la mediana y con gl ajustado		,799	4	47,844	,532
	Se basa en la media recortada		,874	4	66	,484

Tabla 73.

Estadísticas de grupo.

		N	Media	Desviación típica	Error promedio	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
EII	Sin estudios	3	52,0000	1,73205	1,00000	47,6973	56,3027	51,00	54,00
	ESO/FP básico	9	33,1111	10,38562	3,46187	25,1280	41,0942	20,00	51,00
	Bachiller/FP medio	16	34,2500	6,99047	1,74762	30,5250	37,9750	24,00	49,00
	Grado/FP superior	29	36,4138	6,78505	1,25995	33,8329	38,9947	24,00	50,00
	Máster/postgrado	14	35,7857	8,19173	2,18933	31,0560	40,5155	25,00	51,00
	Total	71	36,0423	8,15990	,96840	34,1108	37,9737	20,00	54,00
EII-A	Sin estudios	3	27,6667	3,21455	1,85592	19,6813	35,6521	24,00	30,00
	ESO/FP básico	9	17,1111	6,17342	2,05781	12,3658	21,8564	9,00	28,00
	Bachiller/FP medio	16	18,5625	5,77314	1,44329	15,4862	21,6388	10,00	29,00
	Grado/FP superior	29	18,3103	5,05755	,93916	16,3866	20,2341	9,00	30,00
	Máster/postgrado	14	18,2857	5,12053	1,36852	15,3292	21,2422	10,00	27,00
	Total	71	18,6056	5,54586	,65817	17,2930	19,9183	9,00	30,00
EII-B	Sin estudios	3	11,6667	,57735	,33333	10,2324	13,1009	11,00	12,00
	ESO/FP básico	9	8,3333	2,34521	,78174	6,5306	10,1360	5,00	12,00
	Bachiller/FP medio	16	8,3125	2,33006	,58251	7,0709	9,5541	4,00	13,00
	Grado/FP superior	29	9,7931	2,44042	,45318	8,8648	10,7214	6,00	16,00
	Máster/postgrado	14	8,2857	2,70124	,72194	6,7261	9,8454	4,00	12,00
	Total	71	9,0563	2,52353	,29949	8,4590	9,6536	4,00	16,00
EII-C	Sin estudios	3	12,6667	2,08167	1,20185	7,4955	17,8378	11,00	15,00
	ESO/FP básico	9	7,6667	3,77492	1,25831	4,7650	10,5683	4,00	15,00
	Bachiller/FP medio	16	7,3750	2,02896	,50724	6,2938	8,4562	4,00	11,00
	Grado/FP superior	29	8,3103	2,52280	,46847	7,3507	9,2700	4,00	16,00
	Máster/postgrado	14	9,2143	3,28583	,87818	7,3171	11,1115	4,00	15,00
	Total	71	8,3803	2,90008	,34418	7,6938	9,0667	4,00	16,00
EIII	Sin estudios	3	68,6667	7,50555	4,33333	50,0218	87,3115	60,00	73,00
	ESO/FP básico	9	54,1111	9,14391	3,04797	47,0825	61,1397	42,00	67,00
	Bachiller/FP medio	16	59,8125	8,40808	2,10202	55,3321	64,2929	49,00	76,00
	Grado/FP superior	29	55,5517	8,38615	1,55727	52,3618	58,7416	39,00	70,00
	Máster/postgrado	14	55,4286	8,46453	2,26224	50,5413	60,3158	44,00	74,00
	Total	71	56,8592	8,82091	1,04685	54,7713	58,9470	39,00	76,00
EIII-A	Sin estudios	3	20,3333	1,15470	,66667	17,4649	23,2018	19,00	21,00
	ESO/FP básico	9	17,7778	3,11359	1,03786	15,3845	20,1711	13,00	21,00
	Bachiller/FP medio	16	19,7500	2,79285	,69821	18,2618	21,2382	15,00	24,00
	Grado/FP superior	29	18,2414	2,55867	,47513	17,2681	19,2146	12,00	22,00
	Máster/postgrado	14	19,3571	1,98483	,53047	18,2111	20,5032	15,00	21,00
	Total	71	18,8310	2,60760	,30947	18,2138	19,4482	12,00	24,00
EIII-B	Sin estudios	3	10,0000	2,64575	1,52753	3,4276	16,5724	7,00	12,00
	ESO/FP básico	9	7,8889	1,53659	,51220	6,7078	9,0700	5,00	10,00
	Bachiller/FP medio	16	7,8750	3,13847	,78462	6,2026	9,5474	3,00	14,00
	Grado/FP superior	29	7,5172	2,42930	,45111	6,5932	8,4413	3,00	13,00
	Máster/postgrado	14	7,1429	2,28228	,60996	5,8251	8,4606	3,00	12,00
	Total	71	7,6761	2,49442	,29603	7,0856	8,2665	3,00	14,00

EIII-C	Sin estudios	3	22,0000	3,46410	2,00000	13,3947	30,6053	18,00	24,00
	ESO/FP básico	9	14,7778	5,14242	1,71414	10,8250	18,7306	7,00	23,00
	Bachiller/FP medio	16	15,8750	3,81007	,95252	13,8448	17,9052	12,00	24,00
	Grado/FP superior	29	15,2414	3,49137	,64833	13,9133	16,5694	8,00	23,00
	Máster/postgrado	14	16,0714	2,70226	,72221	14,5112	17,6317	11,00	21,00
	Total	71	15,7746	3,82547	,45400	14,8692	16,6801	7,00	24,00
EIII-D	Sin estudios	3	16,3333	2,51661	1,45297	10,0817	22,5849	14,00	19,00
	ESO/FP básico	9	13,6667	2,78388	,92796	11,5268	15,8065	11,00	20,00
	Bachiller/FP medio	16	16,3125	4,07789	1,01947	14,1395	18,4855	10,00	23,00
	Grado/FP superior	29	14,5517	4,02302	,74706	13,0214	16,0820	9,00	24,00
	Máster/postgrado	14	12,8571	5,37597	1,43679	9,7531	15,9611	8,00	28,00
	Total	71	14,5775	4,24150	,50337	13,5735	15,5814	8,00	28,00
EIV	Sin estudios	3	39,3333	2,08167	1,20185	34,1622	44,5045	37,00	41,00
	ESO/FP básico	9	33,7778	6,30035	2,10012	28,9349	38,6207	25,00	45,00
	Bachiller/FP medio	16	36,7500	7,63763	1,90941	32,6802	40,8198	22,00	52,00
	Grado/FP superior	29	33,6897	5,58124	1,03641	31,5667	35,8126	23,00	45,00
	Máster/postgrado	14	34,7143	6,16976	1,64894	31,1520	38,2766	25,00	48,00
	Total	71	34,8310	6,25182	,74196	33,3512	36,3108	22,00	52,00
EIV-A	Sin estudios	3	29,0000	3,46410	2,00000	20,3947	37,6053	25,00	31,00
	ESO/FP básico	9	22,2222	5,89020	1,96340	17,6946	26,7498	11,00	31,00
	Bachiller/FP medio	16	23,6875	5,27534	1,31883	20,8765	26,4985	14,00	32,00
	Grado/FP superior	29	22,6552	4,85707	,90194	20,8076	24,5027	11,00	32,00
	Máster/postgrado	14	24,2857	3,98900	1,06610	21,9825	26,5889	17,00	32,00
	Total	71	23,4225	4,95886	,58851	22,2488	24,5963	11,00	32,00
EIV-B	Sin estudios	3	10,3333	1,52753	,88192	6,5388	14,1279	9,00	12,00
	ESO/FP básico	9	11,5556	2,35112	,78371	9,7483	13,3628	8,00	14,00
	Bachiller/FP medio	16	13,0625	3,97440	,99360	10,9447	15,1803	8,00	22,00
	Grado/FP superior	29	11,0345	3,28941	,61083	9,7833	12,2857	6,00	18,00
	Máster/postgrado	14	10,4286	4,27361	1,14217	7,9611	12,8961	6,00	21,00
	Total	71	11,4085	3,56802	,42345	10,5639	12,2530	6,00	22,00

Tabla 74.

Prueba ANOVA.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
EII	Entre grupos	897,593	4	224,398	3,935	,006
	Dentro de grupos	3763,281	66	57,019		
	Total	4660,873	70			
EII-B	Entre grupos	58,055	4	14,514	2,471	,053
	Dentro de grupos	387,720	66	5,875		
	Total	445,775	70			
EIII	Entre grupos	703,998	4	175,999	2,449	,055
	Dentro de grupos	4742,594	66	71,857		
	Total	5446,592	70			
EIII-C	Entre grupos	134,850	4	33,712	2,501	,051
	Dentro de grupos	889,544	66	13,478		
	Total	1024,394	70			
EIV	Entre grupos	167,686	4	41,921	1,077	,375
	Dentro de grupos	2568,286	66	38,913		
	Total	2735,972	70			
EIV-A	Entre grupos	134,922	4	33,731	1,403	,243
	Dentro de grupos	1586,402	66	24,036		
	Total	1721,324	70			
EIV-B	Entre grupos	64,934	4	16,234	1,297	,280

Dentro de grupos	826,220	66	12,518
Total	891,155	70	

Tabla 75

Prueba H de Kruskal-Wallis.

	EII-A	EII-C	EIII-A	EIII-B	EIII-D
H de Kruskal-Wallis	7,213	10,031	6,594	3,555	7,977
gl	4	4	4	4	4
Sig. asintótica	,125	,040	,159	,469	,092

a. Prueba de Kruskal Wallis. b. Variable de agrupación: Ítem 3.

Tabla 76.

Pruebas post hoc (comparaciones múltiples a posteriori).

Variable dependiente	(I) Item 6	(J) Item 6	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
EII	HSD Tukey	Sin estudios	ESO/FP básico	18,88889*	5,03408	,003	4,7702	33,0076
			Bachiller/FP medio	17,75000*	4,75081	,003	4,4258	31,0742
			Grado/FP superior	15,58621*	4,57959	,010	2,7422	28,4302
			Máster/postgrado	16,21429*	4,80409	,011	2,7406	29,6879
EII-C	HSD Tukey	Sin estudios	ESO/FP básico	5,00000	1,84040	,062	-,1616	10,1616
			Bachiller/FP medio	5,29167*	1,73684	,027	,4205	10,1628
			Grado/FP superior	4,35632	1,67425	,082	-,3393	9,0519
			Máster/postgrado	3,45238	1,75632	,294	-1,4734	8,3782

8.2.4. Grupo cultural o religioso

Tabla 77.

Pruebas de normalidad.

Escalas y subescalas	Ítem 4	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	gl	Sig.
Escala II: afectación de los servicios	Cristiano	,154	49	,005
	Musulmán	,111	16	,200*
	Otro	,348	6	,022
Subescala II-A: servicios básicos o esenciales	Cristiano	,105	49	,200*
	Musulmán	,140	16	,200*
	Otro	,333	6	,036
Subescala II-B: servicios complementarios	Cristiano	,124	49	,058
	Musulmán	,164	16	,200*
	Otro	,359	6	,015
Subescala II-C: servicios colaborativos	Cristiano	,172	49	,001
	Musulmán	,211	16	,055
	Otro	,269	6	,200*

Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	Cristiano	,084	49	,200*
	Musulmán	,140	16	,200*
	Otro	,251	6	,200*
Subescala III-A: higiene y prevención del contagio	Cristiano	,168	49	,001
	Musulmán	,185	16	,147
	Otro	,350	6	,020
Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia	Cristiano	,138	49	,020
	Musulmán	,196	16	,101
	Otro	,205	6	,200*
Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos	Cristiano	,100	49	,200*
	Musulmán	,206	16	,069
	Otro	,182	6	,200*
Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia	Cristiano	,183	49	,000
	Musulmán	,129	16	,200*
	Otro	,259	6	,200*
Escala IV: servicios de atención al cliente	Cristiano	,128	49	,044
	Musulmán	,199	16	,090
	Otro	,211	6	,200*
Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos	Cristiano	,103	49	,200*
	Musulmán	,129	16	,200*
	Otro	,183	6	,200*
Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing	Cristiano	,122	49	,064
	Musulmán	,253	16	,007
	Otro	,208	6	,200*

Tabla 78.

Prueba de homogeneidad de varianzas.

		Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
EIII	Se basa en la media	3,501	2	68	,036
	Se basa en la mediana	2,653	2	68	,078
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	2,653	2	65,153	,078
	Se basa en la media recortada	3,455	2	68	,037
EIII-C	Se basa en la media	1,876	2	68	,161
	Se basa en la mediana	1,162	2	68	,319
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,162	2	62,621	,319
	Se basa en la media recortada	1,819	2	68	,170
EIV-A	Se basa en la media	6,205	2	68	,003
	Se basa en la mediana	5,823	2	68	,005
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	5,823	2	63,031	,005
	Se basa en la media recortada	6,150	2	68	,004

Tabla 79.

Estadísticas de grupo.

		95% del intervalo de confianza para la media							
		N	Media	Desviación típica	Error promedio	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
EII	Cristiano	49	35,6122	7,85763	1,12252	33,3553	37,8692	20,00	51,00
	Musulmán	16	38,3750	8,73212	2,18303	33,7220	43,0280	24,00	54,00

	Otro	6	33,3333	9,09212	3,71184	23,7917	42,8749	25,00	51,00
	Total	71	36,0423	8,15990	,96840	34,1108	37,9737	20,00	54,00
EII-A	Cristiano	49	18,4694	5,40487	,77212	16,9169	20,0218	9,00	30,00
	Musulmán	16	20,3750	5,82952	1,45738	17,2687	23,4813	10,00	30,00
	Otro	6	15,0000	4,73286	1,93218	10,0332	19,9668	10,00	24,00
	Total	71	18,6056	5,54586	,65817	17,2930	19,9183	9,00	30,00
EII-B	Cristiano	49	8,8367	2,27621	,32517	8,1829	9,4905	4,00	12,00
	Musulmán	16	9,8125	3,16689	,79172	8,1250	11,5000	5,00	16,00
	Otro	6	8,8333	2,63944	1,07755	6,0634	11,6033	4,00	12,00
	Total	71	9,0563	2,52353	,29949	8,4590	9,6536	4,00	16,00
EII-C	Cristiano	49	8,3061	3,11049	,44436	7,4127	9,1996	4,00	16,00
	Musulmán	16	8,1875	2,13600	,53400	7,0493	9,3257	5,00	12,00
	Otro	6	9,5000	3,08221	1,25831	6,2654	12,7346	6,00	15,00
	Total	71	8,3803	2,90008	,34418	7,6938	9,0667	4,00	16,00
EIII	Cristiano	49	55,4694	7,46688	1,06670	53,3247	57,6141	42,00	70,00
	Musulmán	16	62,7500	10,05651	2,51413	57,3913	68,1087	49,00	76,00
	Otro	6	52,5000	9,89444	4,03939	42,1164	62,8836	39,00	63,00
	Total	71	56,8592	8,82091	1,04685	54,7713	58,9470	39,00	76,00
EIII-A	Cristiano	49	18,7551	2,30516	,32931	18,0930	19,4172	13,00	23,00
	Musulmán	16	19,4375	2,65754	,66438	18,0214	20,8536	15,00	24,00
	Otro	6	17,8333	4,53505	1,85143	13,0741	22,5926	12,00	21,00
	Total	71	18,8310	2,60760	,30947	18,2138	19,4482	12,00	24,00
EIII-B	Cristiano	49	7,1020	2,21025	,31575	6,4672	7,7369	3,00	13,00
	Musulmán	16	9,6250	2,68017	,67004	8,1968	11,0532	5,00	14,00
	Otro	6	7,1667	1,72240	,70317	5,3591	8,9742	5,00	10,00
	Total	71	7,6761	2,49442	,29603	7,0856	8,2665	3,00	14,00
EIII-C	Cristiano	49	15,7143	3,48210	,49744	14,7141	16,7145	7,00	23,00
	Musulmán	16	16,6250	4,42531	1,10633	14,2669	18,9831	12,00	24,00
	Otro	6	14,0000	4,85798	1,98326	8,9019	19,0981	8,00	20,00
	Total	71	15,7746	3,82547	,45400	14,8692	16,6801	7,00	24,00
EIII-D	Cristiano	49	13,8980	3,61274	,51611	12,8603	14,9357	8,00	22,00
	Musulmán	16	17,0625	5,59129	1,39782	14,0831	20,0419	9,00	28,00
	Otro	6	13,5000	2,66458	1,08781	10,7037	16,2963	10,00	18,00
	Total	71	14,5775	4,24150	,50337	13,5735	15,5814	8,00	28,00
EIV	Cristiano	49	34,4082	5,70788	,81541	32,7687	36,0477	23,00	45,00
	Musulmán	16	36,3125	8,59239	2,14810	31,7339	40,8911	22,00	52,00
	Otro	6	34,3333	1,96638	,80277	32,2697	36,3969	32,00	37,00
	Total	71	34,8310	6,25182	,74196	33,3512	36,3108	22,00	52,00
EIV-A	Cristiano	49	23,3878	4,72059	,67437	22,0318	24,7437	11,00	32,00
	Musulmán	16	23,1250	6,52048	1,63012	19,6505	26,5995	11,00	31,00
	Otro	6	24,5000	1,04881	,42817	23,3993	25,6007	23,00	26,00
	Total	71	23,4225	4,95886	,58851	22,2488	24,5963	11,00	32,00
EIV-B	Cristiano	49	11,0204	3,15891	,45127	10,1131	11,9278	6,00	18,00
	Musulmán	16	13,1875	4,66503	1,16626	10,7017	15,6733	8,00	22,00
	Otro	6	9,8333	1,60208	,65405	8,1521	11,5146	8,00	12,00
	Total	71	11,4085	3,56802	,42345	10,5639	12,2530	6,00	22,00

Tabla 80.

Prueba ANOVA.

EIII-C	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	30,644	2	15,322	1,048	,356
Dentro de grupos	993,750	68	14,614		
Total	1024,394	70			

Tabla 81.

Prueba H de Kruskal-Wallis.

	EII	EII-A	EII-B	EII-C	EIII	EIII-A	EIII-B	EIII-D	EIV	EIV-A	EIV-B
H de Kruskal-Wallis	,983	1,453	,511	,001	7,011	,747	9,327	3,593	,717	,001	1,918
gl	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sig. asintótica	,321	,228	,475	,969	,008	,387	,002	,058	,397	,976	,166

a. Prueba de Kruskal Wallis. b. Variable de agrupación: Ítem 4.

Tabla 82.

Pruebas post hoc (comparaciones múltiples a posteriori).

Games-Howell							
Variable dependiente	(I) Ítem 4	(J) Ítem 4	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
E-III	Cristiano	Musulmán	-7,28061*	2,73106	,037	-14,1724	-,3888
		Otro	2,96939	4,17786	,767	-10,0340	15,9728
	Musulmán	Cristiano	7,28061*	2,73106	,037	,3888	14,1724
		Otro	10,25000	4,75789	,133	-2,9899	23,4899
	Otro	Cristiano	-2,96939	4,17786	,767	-15,9728	10,0340
		Musulmán	-10,25000	4,75789	,133	-23,4899	2,9899
EIII-B	Cristiano	Musulmán	-2,52296*	,74071	,007	-4,3833	-,6626
		Otro	-,06463	,77081	,996	-2,3202	2,1910
	Musulmán	Cristiano	2,52296*	,74071	,007	,6626	4,3833
		Otro	2,45833	,97129	,058	-,0782	4,9948
	Otro	Cristiano	,06463	,77081	,996	-2,1910	2,3202
		Musulmán	-2,45833	,97129	,058	-4,9948	,0782

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

8.2.5. Código postal de la farmacia

Tabla 83.

Pruebas de normalidad.

Escalas y subescalas	Ítem 5*	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	gl	Sig.
Escala II: afectación de los servicios	51001	,185	28	,015
	51002	,177	36	,006
	51003	,260	6	,200*
<i>Subescala II-A: servicios básicos o esenciales</i>	51001	,116	28	,200*
	51002	,144	36	,057
	51003	,287	6	,134
<i>Subescala II-B: servicios complementarios</i>	51001	,172	28	,033
	51002	,140	36	,073
	51003	,318	6	,057
<i>Subescala II-C: servicios colaborativos</i>	51001	,202	28	,005
	51002	,135	36	,093
	51003	,239	6	,200*
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	51001	,097	28	,200*
	51002	,171	36	,010
	51003	,219	6	,200*
<i>Subescala III-A: higiene y prevención del contagio</i>	51001	,194	28	,008
	51002	,141	36	,068
	51003	,279	6	,160
<i>Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia</i>	51001	,198	28	,007
	51002	,157	36	,025
	51003	,262	6	,200*
<i>Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos</i>	51001	,178	28	,023
	51002	,169	36	,010
	51003	,214	6	,200*
<i>Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia</i>	51001	,142	28	,152
	51002	,144	36	,055
	51003	,296	6	,110
Escala IV: servicios de atención al cliente	51001	,185	28	,015
	51002	,081	36	,200*
	51003	,231	6	,200*
<i>Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos</i>	51001	,161	28	,061
	51002	,126	36	,156
	51003	,212	6	,200*
<i>Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing</i>	51001	,196	28	,007
	51002	,193	36	,002
	51003	,202	6	,200*

(*). El código 51004 se omite por ser constante.

Tabla 84.

Prueba de homogeneidad de varianzas.

		Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
EII-A	Se basa en la media	2,622	2	67	,080
	Se basa en la mediana	,956	2	67	,390
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,956	2	40,814	,393
	Se basa en la media recortada	2,544	2	67	,086
EIII-D	Se basa en la media	3,774	2	67	,028
	Se basa en la mediana	3,497	2	67	,036
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	3,497	2	61,692	,036
	Se basa en la media recortada	3,790	2	67	,028
EIV-A	Se basa en la media	,996	2	67	,375
	Se basa en la mediana	,854	2	67	,430
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,854	2	63,034	,431
	Se basa en la media recortada	,997	2	67	,374

Tabla 85.

Estadísticas de grupo.

		N	Media	Desviación típica	Error promedio	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
EII	51001	28	36,2143	8,74476	1,65261	32,8234	39,6052	22,00	51,00
	51002	36	35,6944	6,85282	1,14214	33,3758	38,0131	24,00	49,00
	51003	6	36,1667	13,40771	5,47367	22,0961	50,2372	20,00	54,00
	51004	1	43,0000	.	.	.	.	43,00	43,00
	Total	71	36,0423	8,15990	,96840	34,1108	37,9737	20,00	54,00
EII-A	51001	28	19,0714	5,30498	1,00255	17,0144	21,1285	9,00	30,00
	51002	36	18,1667	5,33185	,88864	16,3626	19,9707	10,00	29,00
	51003	6	18,6667	8,71015	3,55590	9,5259	27,8074	9,00	30,00
	51004	1	21,0000	.	.	.	.	21,00	21,00
	Total	71	18,6056	5,54586	,65817	17,2930	19,9183	9,00	30,00
EII-B	51001	28	8,9643	2,76864	,52322	7,8907	10,0379	4,00	16,00
	51002	36	9,1667	2,47848	,41308	8,3281	10,0053	4,00	16,00
	51003	6	8,8333	2,13698	,87242	6,5907	11,0760	7,00	12,00
	51004	1	9,0000	.	.	.	.	9,00	9,00
	Total	71	9,0563	2,52353	,29949	8,4590	9,6536	4,00	16,00
EII-C	51001	28	8,1786	3,10380	,58656	6,9750	9,3821	4,00	15,00
	51002	36	8,3611	2,75839	,45973	7,4278	9,2944	4,00	16,00
	51003	6	8,6667	2,80476	1,14504	5,7233	11,6101	4,00	12,00
	51004	1	13,0000	.	.	.	.	13,00	13,00
	Total	71	8,3803	2,90008	,34418	7,6938	9,0667	4,00	16,00
EIII	51001	28	61,1786	7,62090	1,44021	58,2235	64,1336	44,00	76,00
	51002	36	53,0556	7,28970	1,21495	50,5891	55,5220	39,00	72,00
	51003	6	57,5000	12,84912	5,24563	44,0157	70,9843	42,00	73,00
	51004	1	69,0000	.	.	.	.	69,00	69,00
	Total	71	56,8592	8,82091	1,04685	54,7713	58,9470	39,00	76,00
EIII-A	51001	28	19,5000	1,77430	,33531	18,8120	20,1880	14,00	22,00
	51002	36	18,3333	3,08915	,51486	17,2881	19,3786	12,00	24,00
	51003	6	18,3333	2,42212	,98883	15,7915	20,8752	14,00	21,00
	51004	1	21,0000	.	.	.	.	21,00	21,00
	Total	71	18,8310	2,60760	,30947	18,2138	19,4482	12,00	24,00

EIII-B	51001	28	7,4643	2,41112	,45566	6,5294	8,3992	3,00	13,00
	51002	36	7,4167	2,47704	,41284	6,5786	8,2548	3,00	14,00
	51003	6	10,3333	1,86190	,76012	8,3794	12,2873	7,00	12,00
	51004	1	7,0000	.	.	.	.	7,00	7,00
	Total	71	7,6761	2,49442	,29603	7,0856	8,2665	3,00	14,00
EIII-C	51001	28	17,1786	3,01912	,57056	16,0079	18,3493	12,00	23,00
	51002	36	14,5556	3,35043	,55841	13,4219	15,6892	8,00	24,00
	51003	6	15,6667	7,06163	2,88290	8,2559	23,0774	7,00	24,00
	51004	1	21,0000	.	.	.	.	21,00	21,00
	Total	71	15,7746	3,82547	,45400	14,8692	16,6801	7,00	24,00
EIII-D	51001	28	17,0357	4,50910	,85214	15,2873	18,7842	10,00	28,00
	51002	36	12,7500	3,00832	,50139	11,7321	13,7679	8,00	20,00
	51003	6	13,1667	3,54495	1,44722	9,4465	16,8869	10,00	19,00
	51004	1	20,0000	.	.	.	.	20,00	20,00
	Total	71	14,5775	4,24150	,50337	13,5735	15,5814	8,00	28,00
EIV	51001	28	37,0714	5,64328	1,06648	34,8832	39,2597	27,00	52,00
	51002	36	33,3056	6,40009	1,06668	31,1401	35,4710	22,00	47,00
	51003	6	33,0000	6,13188	2,50333	26,5650	39,4350	26,00	41,00
	51004	1	38,0000	.	.	.	.	38,00	38,00
	Total	71	34,8310	6,25182	,74196	33,3512	36,3108	22,00	52,00
EIV-A	51001	28	24,5714	4,17602	,78919	22,9521	26,1907	15,00	32,00
	51002	36	22,3056	5,25259	,87543	20,5283	24,0828	11,00	32,00
	51003	6	24,0000	6,00000	2,44949	17,7034	30,2966	16,00	31,00
	51004	1	28,0000	.	.	.	.	28,00	28,00
	Total	71	23,4225	4,95886	,58851	22,2488	24,5963	11,00	32,00
EIV-B	51001	28	12,5000	3,66667	,69293	11,0782	13,9218	6,00	22,00
	51002	36	11,0000	3,57771	,59628	9,7895	12,2105	6,00	19,00
	51003	6	9,0000	,89443	,36515	8,0614	9,9386	8,00	10,00
	51004	1	10,0000	.	.	.	.	10,00	10,00
	Total	71	11,4085	3,56802	,42345	10,5639	12,2530	6,00	22,00

Tabla 86.

Pruebas ANOVA.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
EII-A	Entre grupos	18,767	3	6,256	,196	,899
	Dentro de grupos	2134,190	67	31,854		
	Total	2152,958	70			
EIV-A	Entre grupos	104,828	3	34,943	1,448	,237
	Dentro de grupos	1616,496	67	24,127		
	Total	1721,324	70			

Tabla 87.

Prueba H de Kruskal-Wallis.

	EII	EII-B	EII-C	EIII	EIII-A	EIII-B	EIII-C	EIII-D	EIV	EIV-B
H de Kruskal-Wallis	,049	,358	,803	15,550	3,192	6,875	10,211	16,033	6,090	6,739
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,976	,836	,669	,000	,203	,032	,006	,000	,048	,034

8.2.6. Puesto ocupado en la farmacia

Tabla 88.

Pruebas de normalidad.

Escalas y subescalas	Ítem 6	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	gl	Sig.
Escala II: afectación de los servicios	Facultativo	,149	34	,055
	Técnico	,182	18	,119
	Auxiliar	,175	19	,126
<i>Subescala II-A: servicios básicos o esenciales</i>	Facultativo	,091	34	,200*
	Técnico	,217	18	,024
	Auxiliar	,241	19	,005
<i>Subescala II-B: servicios complementarios</i>	Facultativo	,144	34	,072
	Técnico	,159	18	,200*
	Auxiliar	,176	19	,124
<i>Subescala II-C: servicios colaborativos</i>	Facultativo	,128	34	,176
	Técnico	,214	18	,029
	Auxiliar	,153	19	,200*
Escala III: adaptaciones y cambios organizativos	Facultativo	,130	34	,160
	Técnico	,175	18	,153
	Auxiliar	,147	19	,200*
<i>Subescala III-A: higiene y prevención del contagio</i>	Facultativo	,174	34	,010
	Técnico	,146	18	,200*
	Auxiliar	,208	19	,029
<i>Subescala III-B: ajuste del personal de la farmacia</i>	Facultativo	,189	34	,003
	Técnico	,159	18	,200*
	Auxiliar	,146	19	,200*
<i>Subescala III-C: medidas de los productos farmacéuticos</i>	Facultativo	,118	34	,200*
	Técnico	,229	18	,013
	Auxiliar	,118	19	,200*
<i>Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia</i>	Facultativo	,184	34	,005
	Técnico	,265	18	,002
	Auxiliar	,201	19	,041
Escala IV: servicios de atención al cliente	Facultativo	,124	34	,200*
	Técnico	,113	18	,200*
	Auxiliar	,126	19	,200*
<i>Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y productos</i>	Facultativo	,084	34	,200*
	Técnico	,205	18	,044
	Auxiliar	,174	19	,132
<i>Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing</i>	Facultativo	,124	34	,200*
	Técnico	,240	18	,007
	Auxiliar	,132	19	,200*

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera. a. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 89.

Prueba de homogeneidad de varianzas.

		Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
EII	Se basa en la media	2,507	2	68	,089
	Se basa en la mediana	1,713	2	68	,188
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,713	2	64,199	,189
	Se basa en la media recortada	2,541	2	68	,086
EII-B	Se basa en la media	,056	2	68	,946
	Se basa en la mediana	,013	2	68	,987
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,013	2	58,334	,987
	Se basa en la media recortada	,041	2	68	,960

EIII	Se basa en la media	,526	2	68	,593
	Se basa en la mediana	,423	2	68	,657
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,423	2	65,673	,657
	Se basa en la media recortada	,521	2	68	,596
EIV	Se basa en la media	1,911	2	68	,156
	Se basa en la mediana	1,873	2	68	,161
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,873	2	65,352	,162
	Se basa en la media recortada	1,912	2	68	,156

Tabla 90.

Estadísticas de grupo.

		N	Media	Desviación típica	Error promedio	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
EII	Facultativo	34	36,6765	7,65039	1,31203	34,0071	39,3458	24,00	51,00
	Técnico	18	33,1667	7,27809	1,71546	29,5474	36,7860	20,00	51,00
	Auxiliar	19	37,6316	9,48221	2,17537	33,0613	42,2019	22,00	54,00
	Total	71	36,0423	8,15990	,96840	34,1108	37,9737	20,00	54,00
EII-A	Facultativo	34	18,4412	5,40029	,92614	16,5569	20,3254	9,00	30,00
	Técnico	18	17,2778	5,69629	1,34263	14,4451	20,1105	9,00	29,00
	Auxiliar	19	20,1579	5,58035	1,28022	17,4683	22,8475	13,00	30,00
	Total	71	18,6056	5,54586	,65817	17,2930	19,9183	9,00	30,00
EII-B	Facultativo	34	9,2941	2,43123	,41695	8,4458	10,1424	4,00	16,00
	Técnico	18	8,3333	2,35147	,55425	7,1640	9,5027	4,00	12,00
	Auxiliar	19	9,3158	2,82946	,64912	7,9520	10,6795	4,00	16,00
	Total	71	9,0563	2,52353	,29949	8,4590	9,6536	4,00	16,00
EII-C	Facultativo	34	8,9412	2,89138	,49587	7,9323	9,9500	4,00	16,00
	Técnico	18	7,5556	2,77005	,65291	6,1780	8,9331	4,00	15,00
	Auxiliar	19	8,1579	2,96766	,68083	6,7275	9,5883	4,00	15,00
	Total	71	8,3803	2,90008	,34418	7,6938	9,0667	4,00	16,00
EIII	Facultativo	34	56,2353	7,86653	1,34910	53,4905	58,9801	44,00	74,00
	Técnico	18	53,1667	8,45924	1,99386	48,9600	57,3734	39,00	76,00
	Auxiliar	19	61,4737	9,20367	2,11147	57,0377	65,9097	42,00	73,00
	Total	71	56,8592	8,82091	1,04685	54,7713	58,9470	39,00	76,00
EIII-A	Facultativo	34	18,9118	2,03556	,34910	18,2015	19,6220	14,00	22,00
	Técnico	18	17,7778	3,19108	,75215	16,1909	19,3647	12,00	23,00
	Auxiliar	19	19,6842	2,70909	,62151	18,3785	20,9900	12,00	24,00
	Total	71	18,8310	2,60760	,30947	18,2138	19,4482	12,00	24,00
EIII-B	Facultativo	34	7,3824	2,30959	,39609	6,5765	8,1882	3,00	13,00
	Técnico	18	7,3889	2,42872	,57246	6,1811	8,5967	3,00	13,00
	Auxiliar	19	8,4737	2,81599	,64603	7,1164	9,8310	4,00	14,00
	Total	71	7,6761	2,49442	,29603	7,0856	8,2665	3,00	14,00
EIII-C	Facultativo	34	15,8529	2,98615	,51212	14,8110	16,8949	11,00	23,00
	Técnico	18	14,1111	3,70832	,87406	12,2670	15,9552	7,00	21,00
	Auxiliar	19	17,2105	4,75604	1,09111	14,9182	19,5029	8,00	24,00
	Total	71	15,7746	3,82547	,45400	14,8692	16,6801	7,00	24,00
EIII-D	Facultativo	34	14,0882	4,58170	,78576	12,4896	15,6869	8,00	28,00
	Técnico	18	13,8889	3,35873	,79166	12,2186	15,5591	10,00	23,00
	Auxiliar	19	16,1053	4,17525	,95787	14,0929	18,1177	8,00	22,00
	Total	71	14,5775	4,24150	,50337	13,5735	15,5814	8,00	28,00
EIV	Facultativo	34	34,7059	5,70236	,97795	32,7162	36,6955	25,00	48,00
	Técnico	18	33,4444	7,88313	1,85807	29,5243	37,3646	22,00	52,00
	Auxiliar	19	36,3684	5,40792	1,24066	33,7619	38,9750	26,00	47,00
	Total	71	34,8310	6,25182	,74196	33,3512	36,3108	22,00	52,00
EIV-A	Facultativo	34	23,8235	4,51577	,77445	22,2479	25,3992	11,00	32,00

	Técnico	18	21,7778	5,79610	1,36615	18,8954	24,6601	11,00	32,00
	Auxiliar	19	24,2632	4,77077	1,09449	21,9637	26,5626	15,00	31,00
	Total	71	23,4225	4,95886	,58851	22,2488	24,5963	11,00	32,00
EIV-B	Facultativo	34	10,8824	3,69081	,63297	9,5946	12,1701	6,00	21,00
	Técnico	18	11,6667	3,53137	,83235	9,9106	13,4228	8,00	22,00
	Auxiliar	19	12,1053	3,41394	,78321	10,4598	13,7507	6,00	19,00
	Total	71	11,4085	3,56802	,42345	10,5639	12,2530	6,00	22,00

Tabla 91.

Pruebas ANOVA.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
EII	Entre grupos	210,511	2	105,256	1,608	,208
	Dentro de grupos	4450,362	68	65,447		
	Total	4660,873	70			
EII-B	Entre grupos	12,611	2	6,305	,990	,377
	Dentro de grupos	433,164	68	6,370		
	Total	445,775	70			
EIII	Entre grupos	663,237	2	331,619	4,714	,012
	Dentro de grupos	4783,354	68	70,343		
	Total	5446,592	70			
EIV	Entre grupos	80,048	2	40,024	1,025	,364
	Dentro de grupos	2655,924	68	39,058		
	Total	2735,972	70			

Tabla 92.

Prueba H de Kruskal-Wallis.

	EII-A	EII-C	EIII-A	EIII-B	EIII-C	EIII-D	EIV-A	EIV-B
H de Kruskal-Wallis	2,413	3,741	4,003	2,060	6,212	4,175	1,627	2,048
gl	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,299	,154	,135	,357	,045	,124	,443	,359

a. Prueba de Kruskal Wallis. b. Variable de agrupación: Ítem 6.

Tabla 93.

Pruebas post hoc (comparaciones múltiples a posteriori).

				Diferencia de medias	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Variable dependiente		(I) Ítem 6	(J) Ítem 6	(I-J)			Límite inferior	Límite superior
EIII	HSD Tukey	Facultativo	Técnico	3,06863	2,44477	,425	-2,7892	8,9265
			Auxiliar	-5,23839	2,40233	,082	-10,9946	,5178
		Técnico	Facultativo	-3,06863	2,44477	,425	-8,9265	2,7892
			Auxiliar	-8,30702*	2,75867	,010	-14,9170	-1,6970
		Auxiliar	Facultativo	5,23839	2,40233	,082	-,5178	10,9946
			Técnico	8,30702*	2,75867	,010	1,6970	14,9170

EIII-C	Games-Howell	Facultativo	Técnico	1,74183	1,01304	,215	-,7604	4,2440
			Auxiliar	-1,35759	1,20532	,507	-4,3519	1,6367
	Técnico	Facultativo		-1,74183	1,01304	,215	-4,2440	,7604
		Auxiliar		-3,09942	1,39803	,083	-6,5262	,3274
	Auxiliar	Facultativo		1,35759	1,20532	,507	-1,6367	4,3519
		Técnico		3,09942	1,39803	,083	-,3274	6,5262

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

8.3. Salidas G-Power

8.3.1. Sexo

A) Escala III-D:

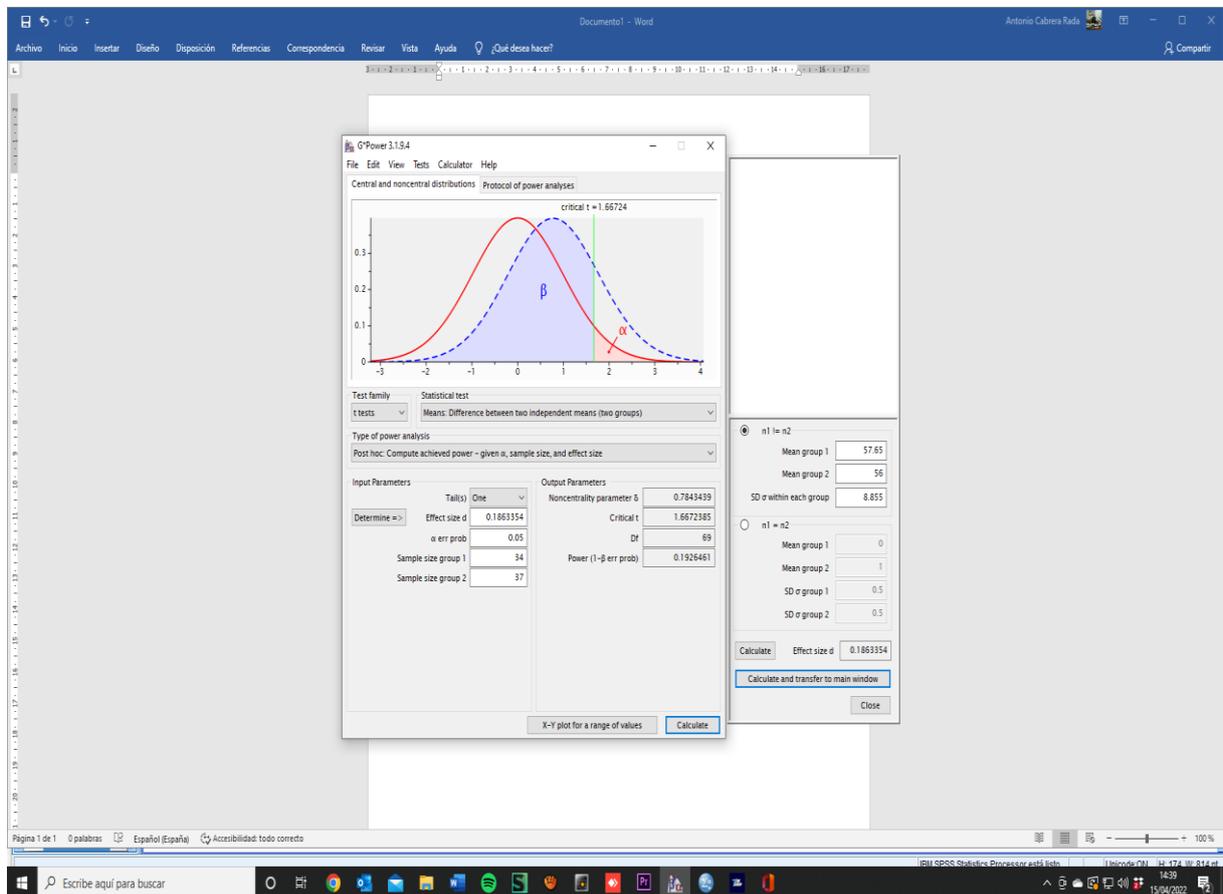


Figura 62. Sexo * Subescala IV-A.

B) Escala IV-A:

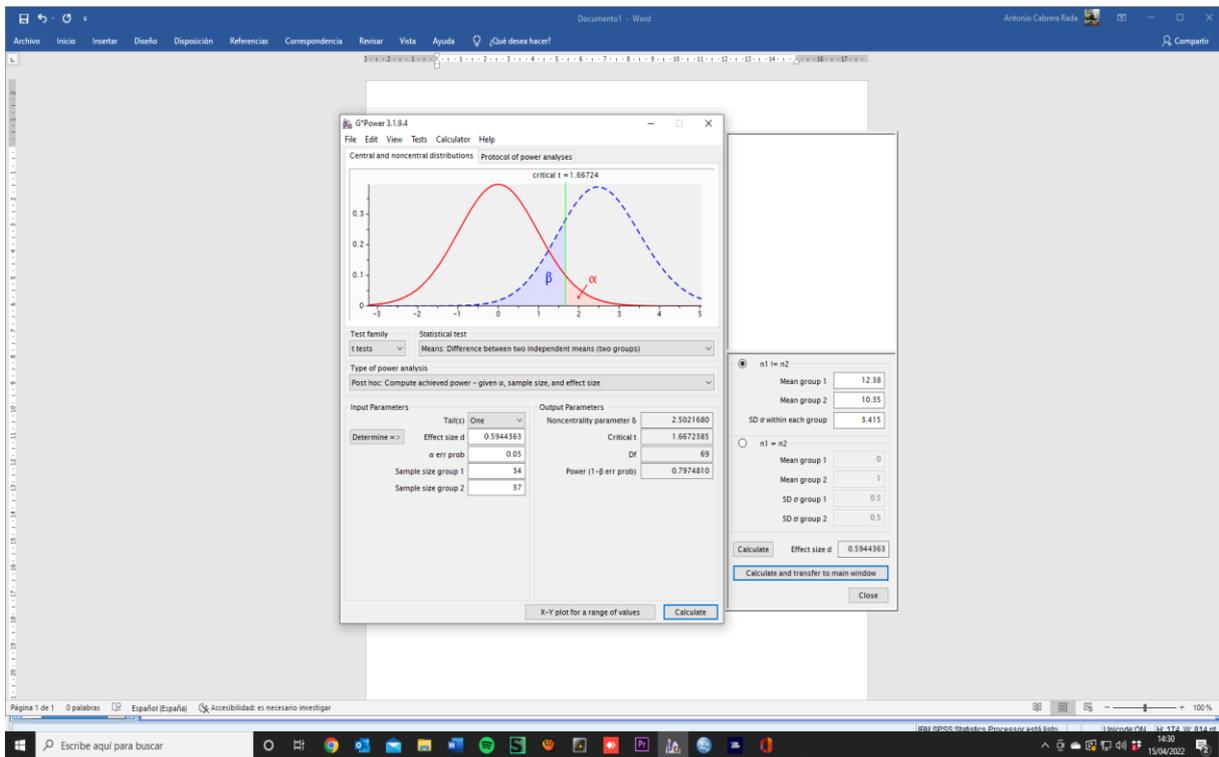


Figura 63. Sexo * Subescala IV-A (Dispensación de medicamentos y otros productos).

C) Escala IV-B:

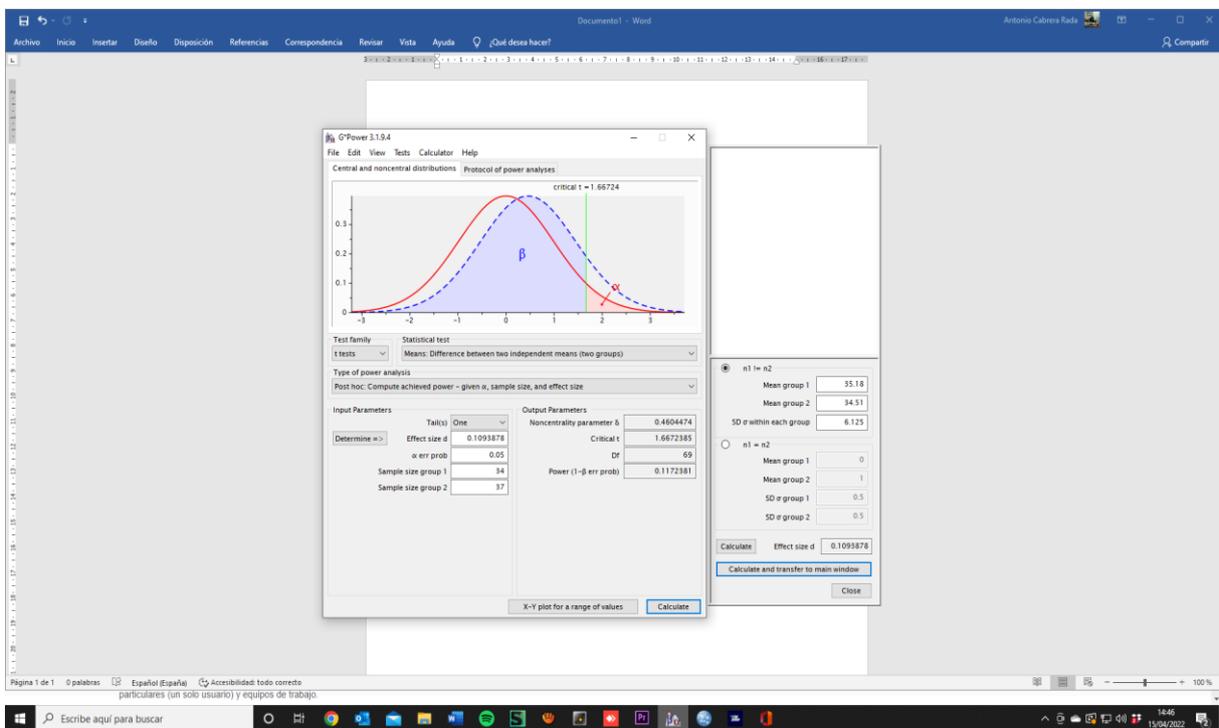


Figura 64. Sexo * Subescala IV-A (Estrategias de venta y marketing).

8.3.2. Nivel de formación

A) Escala II:

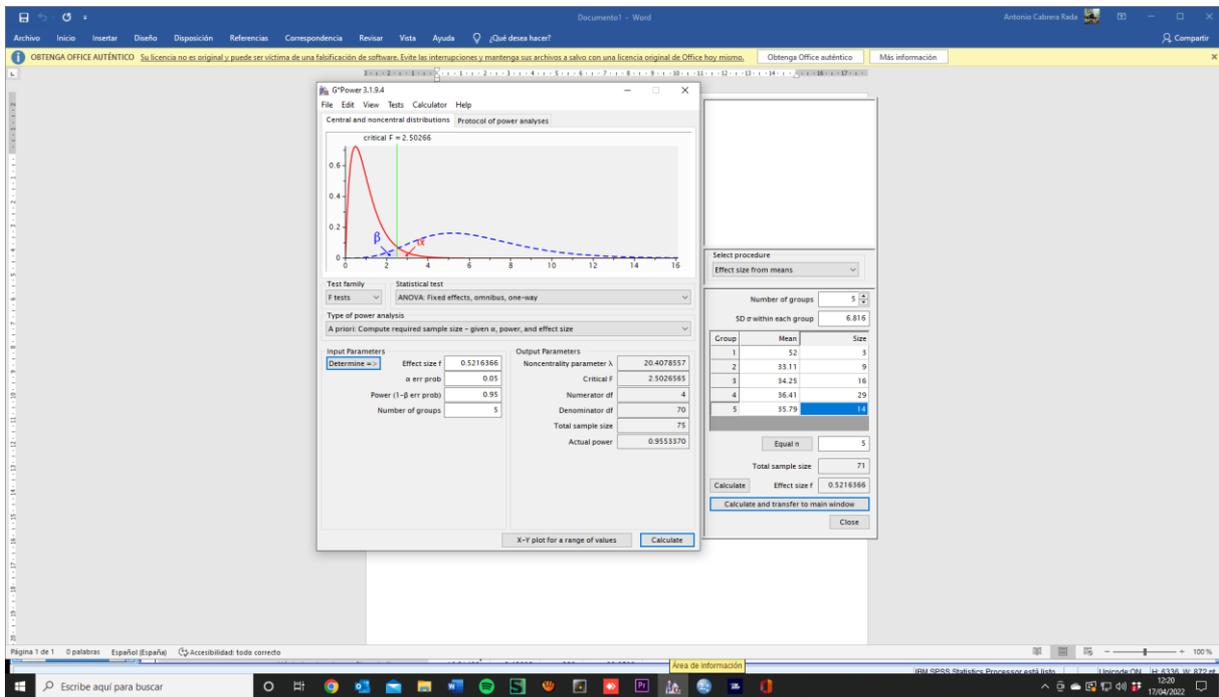


Figura 65. Formación * Escala II (Afectación de los servicios totales).

B) Escala II-C:

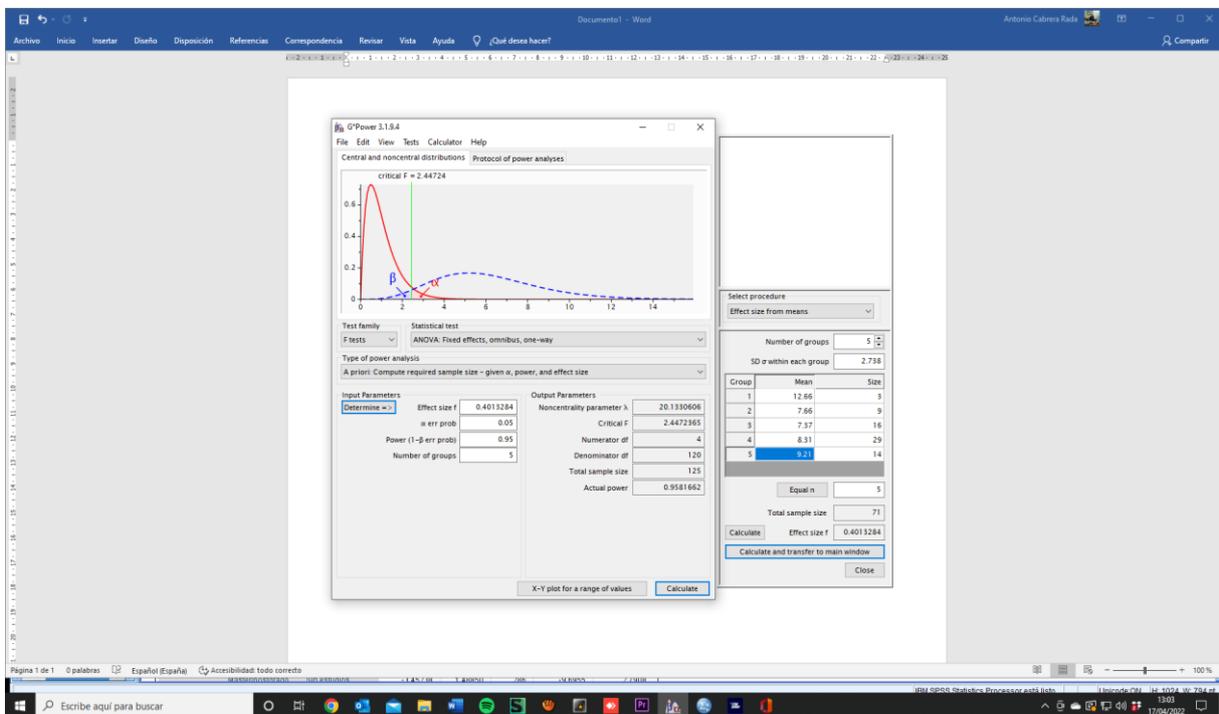


Figura 66. Formación * Escala II-C (Afectación de los servicios colaborativos).

8.3.3. Grupo cultural o religioso

A) Escala III:

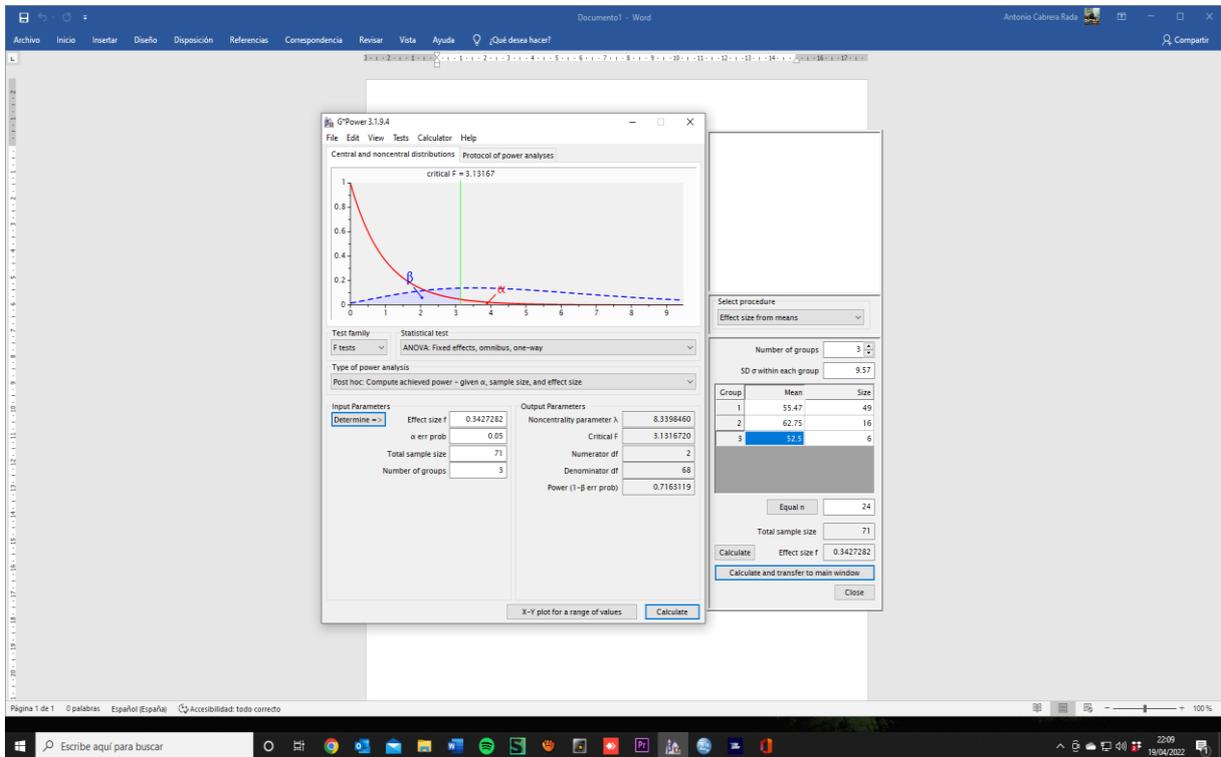


Figura 67. Grupo cultural o religioso * Escala III (Adaptaciones y cambios organizativos).

B) Escala III-B:

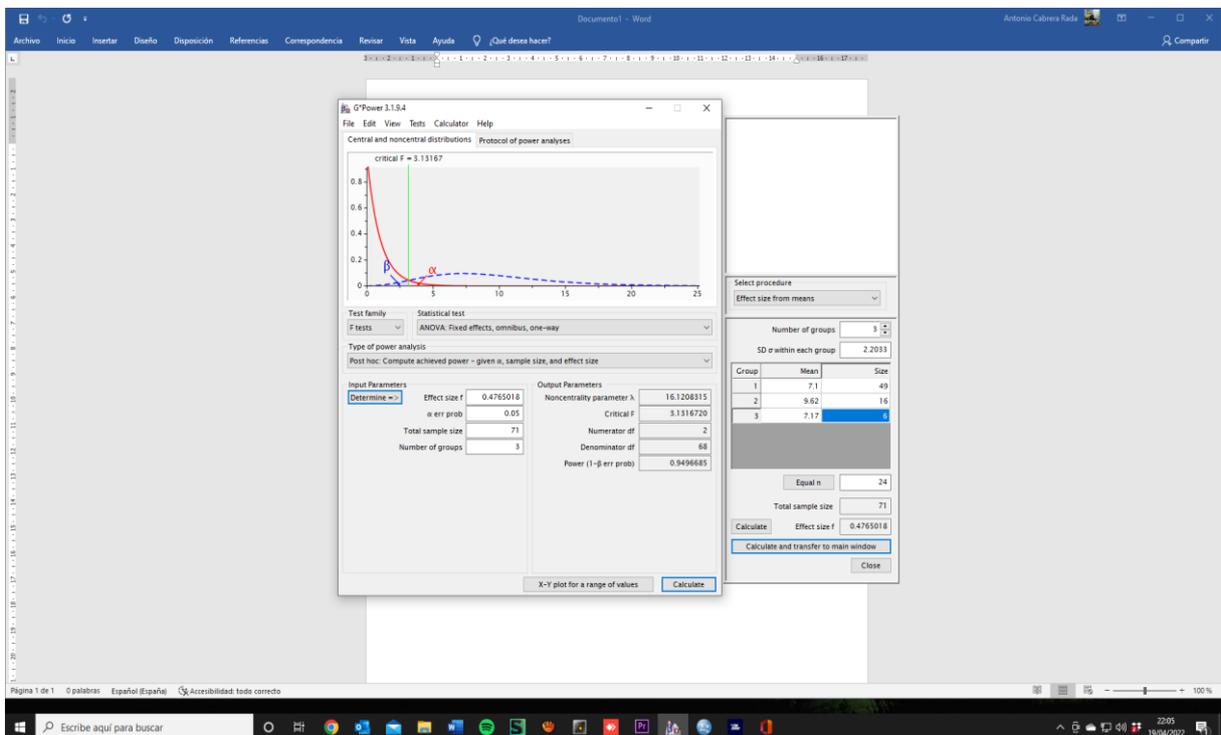


Figura 68. Grupo cultural o religioso * Escala III-B (Ajustes de personal).

8.3.4. Código postal de la farmacia

A) Escala III:

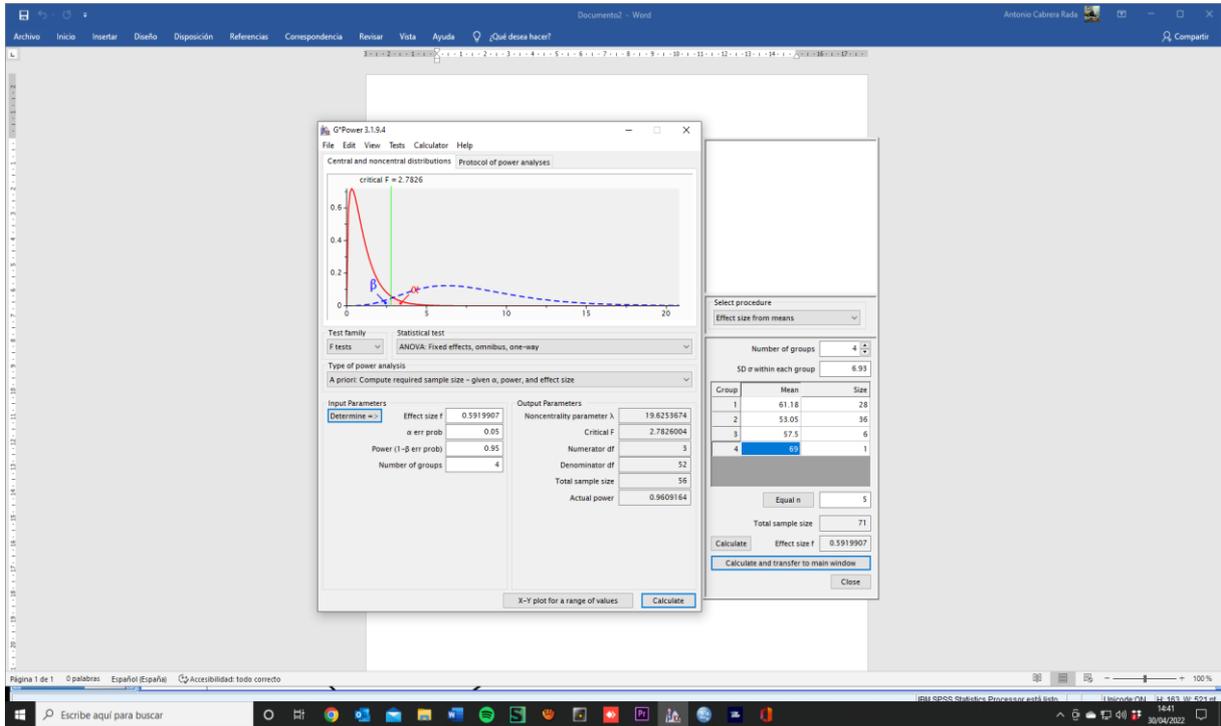


Figura 69. Código postal * Escala III (Adaptaciones y cambios organizativos).

B) Subescala III-B:

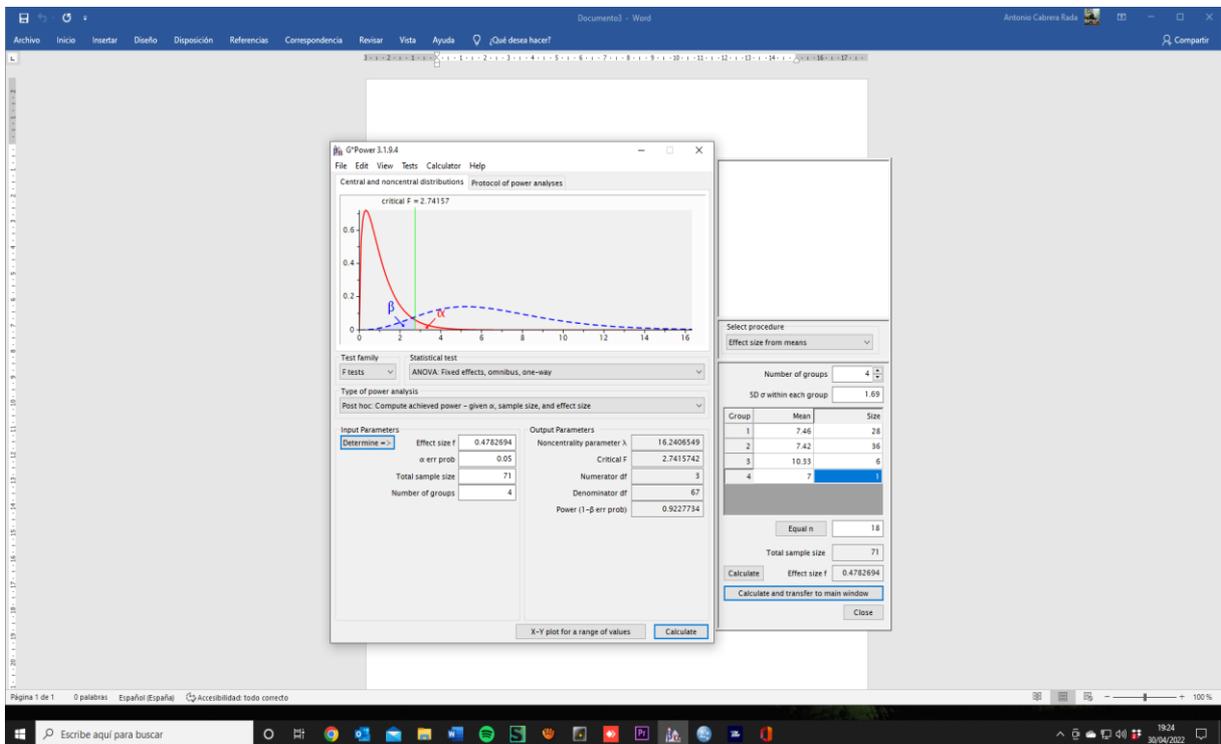


Figura 70. Código postal * Escala III-B (Ajustes de personal).

C) Subescala III-C:

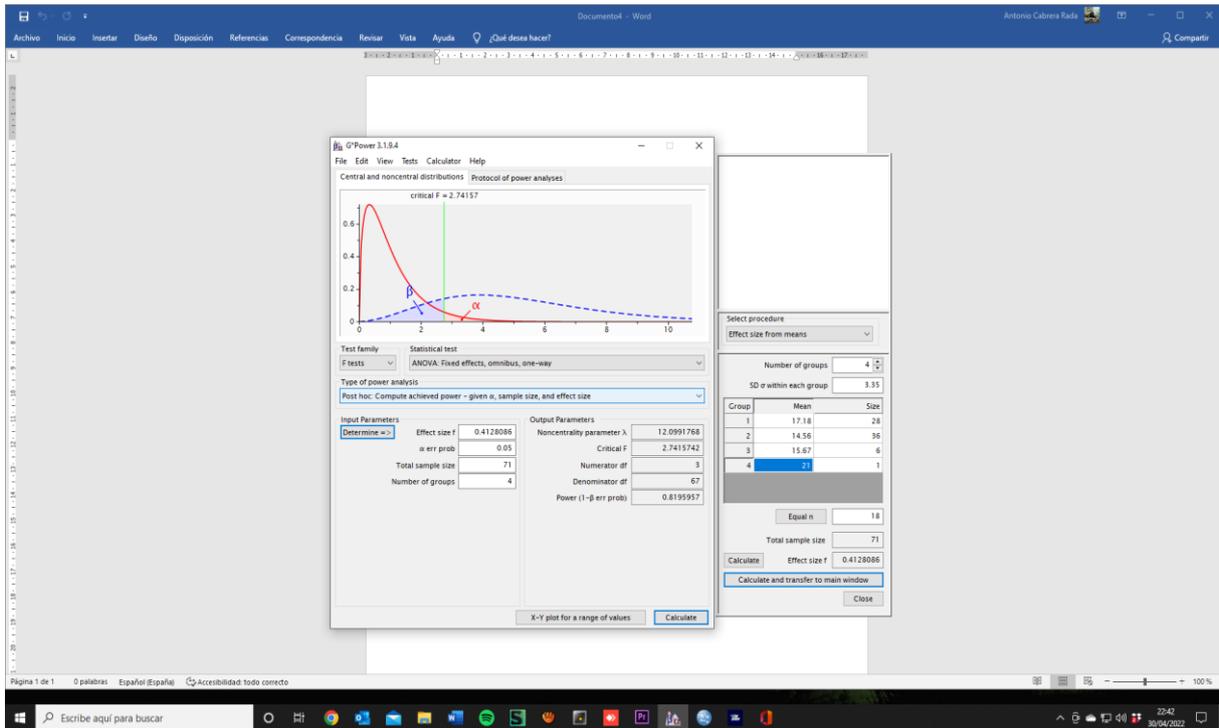


Figura 71. Código postal * Escala III-C (Medidas sobre los productos).

D) Subescala III-D:

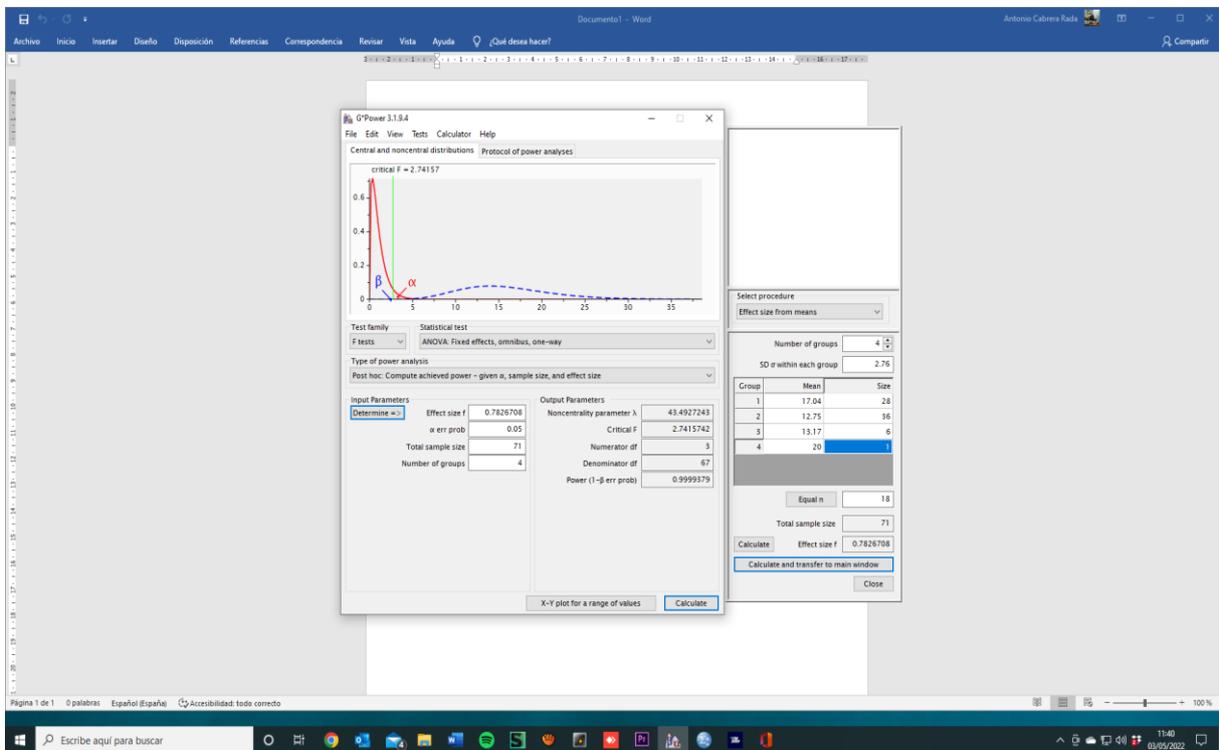


Figura 72. Código postal * Escala III-D (Digitalización de la farmacia).

E) Escala IV:

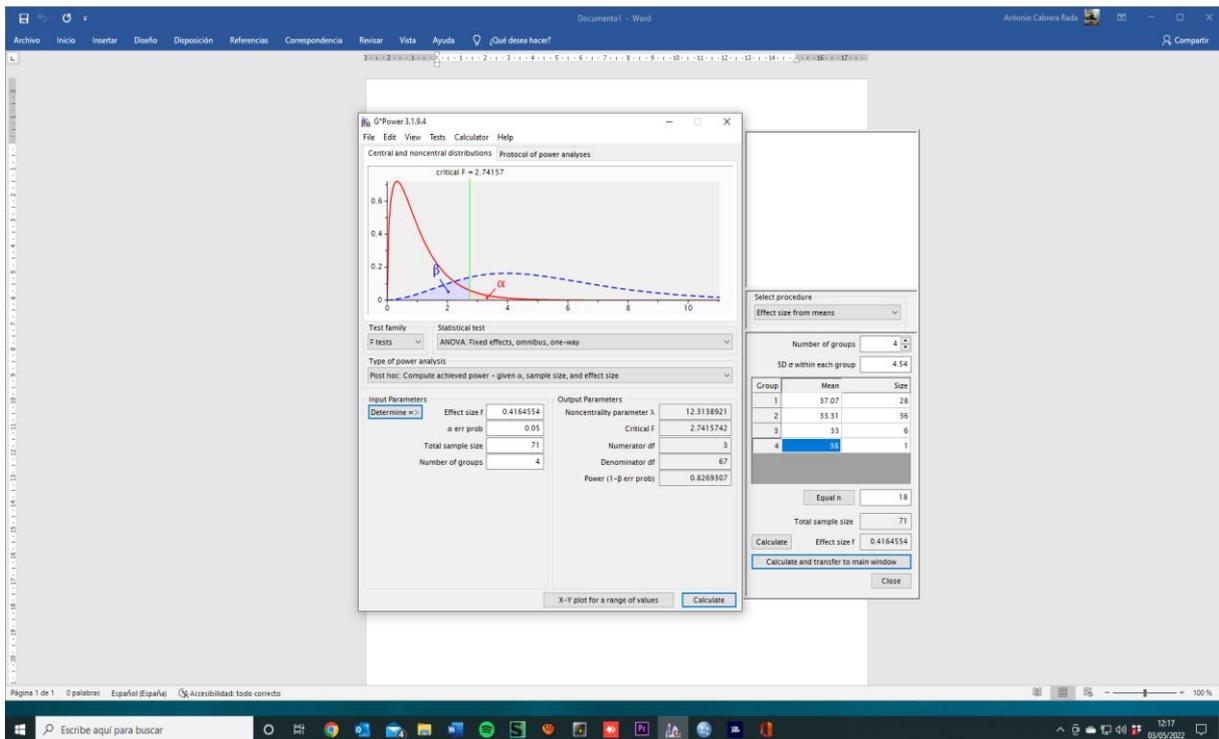


Figura 73. Código postal * Escala IV (Servicios de atención al cliente).

F) Subescala IV-B:

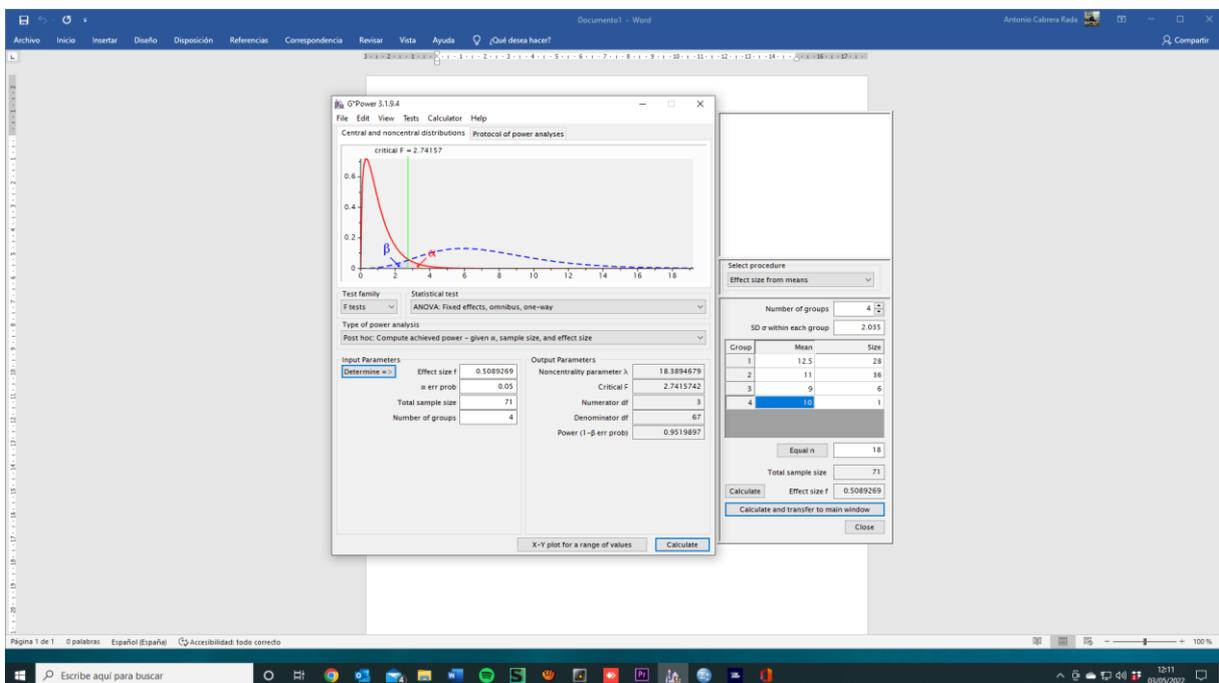


Figura 74. Código postal * Escala IV (Servicios de atención al cliente).

8.3.4. Puesto en la farmacia

A) Subescala III:

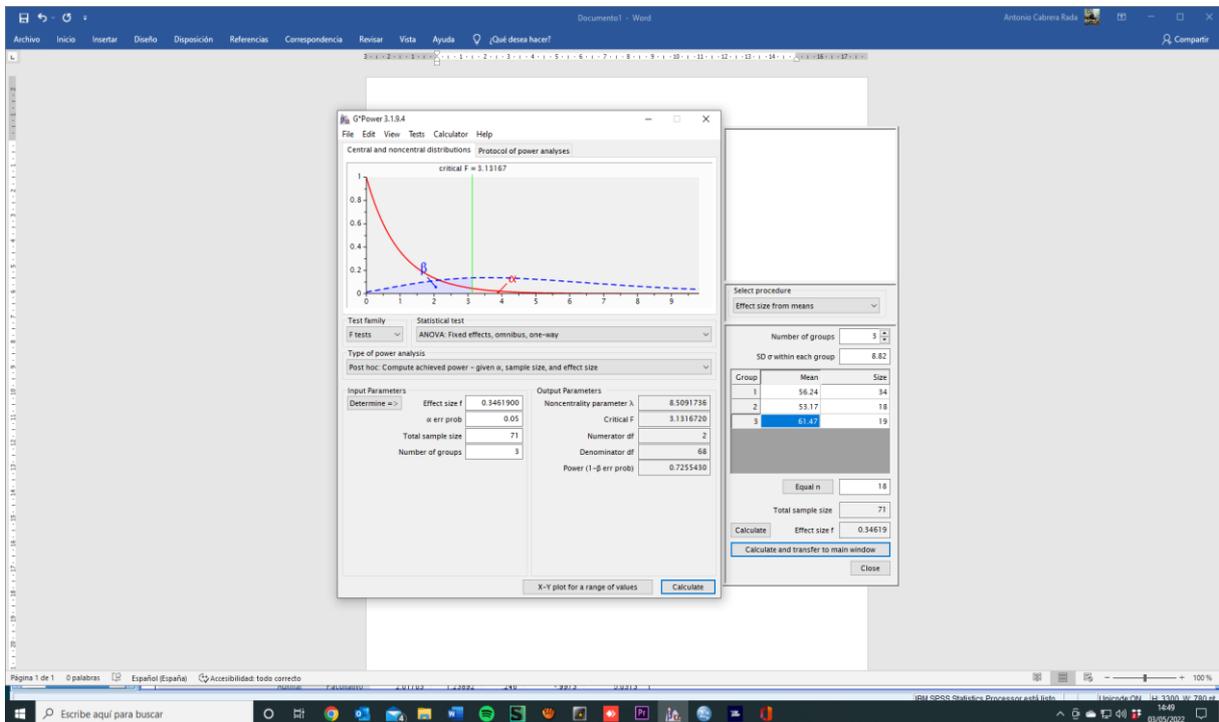


Figura 75. Puesto en la farmacia * Escala III (Adaptaciones y cambios organizativos).

B) Subescala III-C:

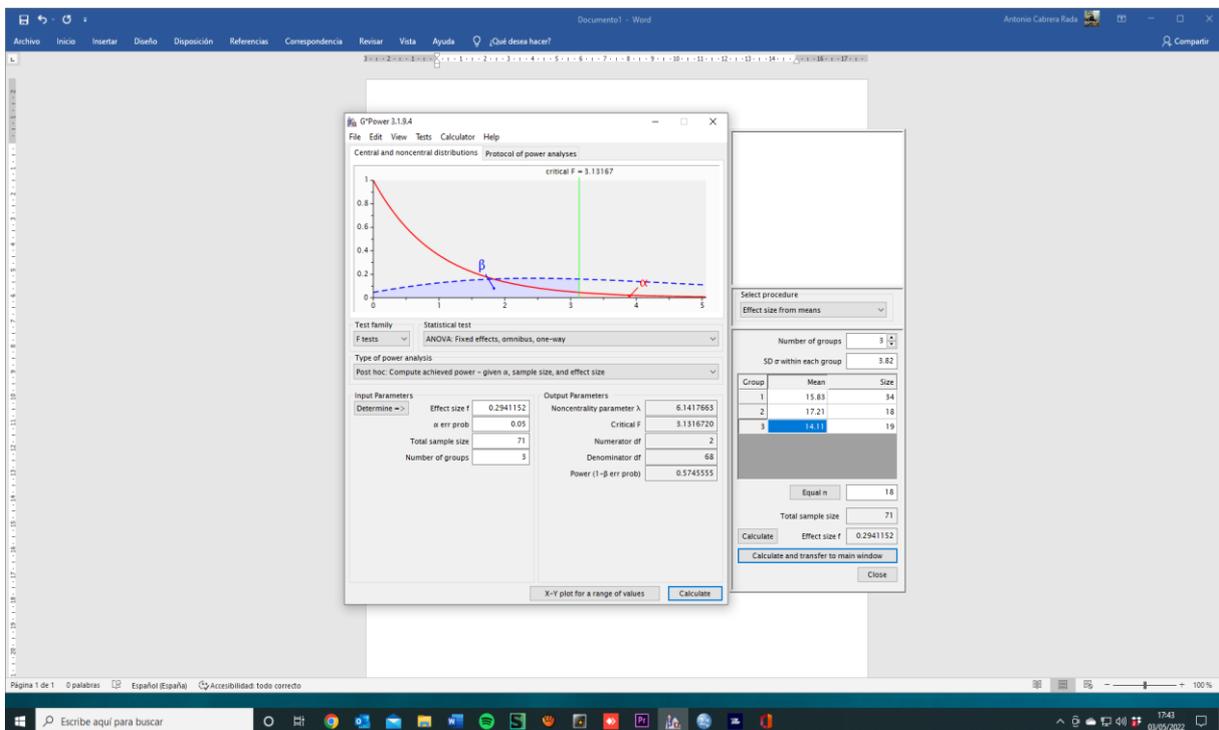


Figura 75. Puesto en la farmacia * Escala III-C (Medidas sobre los productos farmacéuticos).

8.4. Análisis métricos (fiabilidad del instrumento)

Tabla 94.

Estadísticas de fiabilidad.

Escalas y subescalas	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
E-II	,819	,816	16
EII-A	,838	,838	8
EII-B	,589	,586	4
EII-C	,751	,753	4
EIII	,773	,782	24
EIII-A	,568	,639	6
EIII-B	,460	,471	4
EIII-C	,687	,682	6
EIII-D	,745	,748	8
EIV	,685	,673	15
EIV-A	,711	,689	9
EIV-B	,667	,649	6

8.4. Cuestionario

INTRODUCCIÓN

- El presente cuestionario es anónimo y confidencial y se ajusta a la actual normativa de protección de datos (LO 3/12018, de 5 de diciembre) tras la reciente incorporación del Reglamento Europeo (RGPD).

- Forma parte de un estudio sobre la posible afectación de los servicios farmacéuticos ceutíes tras los efectos de la pandemia por COVID-19, y sobre las adaptaciones, estrategias y nuevos servicios emprendidos por las farmacias para satisfacer la demanda de la población a la que atienden.

- El objeto de la encuesta es recabar datos que ayuden a valorar la capacidad de respuesta de los servicios farmacéuticos frente a posibles situaciones de alto impacto sobre la sociedad, como la que estamos viviendo, y a potenciar el papel de las farmacias en estos casos para mantener y mejorar la salud pública de las poblaciones afectadas.

- No existen respuestas correctas ni incorrectas, lo que nos interesa es su conocimiento sobre y opinión personal sobre ciertos aspectos, por lo que se ruega sinceridad en las respuestas, recordándole que éstas son anónimas y confidenciales.

Gracias por su colaboración

Escala I: aspectos sociodemográficos y laborales

INSTRUCCIONES					
Elija la opción que más se ajuste a su situación personal y traslade las opciones elegidas a la Tabla de Respuestas de Subescala I.					
Ítems	Respuestas	Ítems	Respuestas	Ítems	Respuestas
1. Sexo.	1 = hombre 2 = mujer	2. Edad.	1 = < 18 2 = 18-35 3 = 36-45 4 = 46-65 5 = > 65	3. Nivel de Formación.	1 = sin estudios 2 = ESO/FP básica 3 = bachiller/FP media 4 = grado/FP superior 5 = máster/postgrado
4. Grupo cultural / religioso.	1 = cristiano 2 = musulmán 3 = judío 4 = hindú 5 = otro (especificar) _____	5. Código postal de la farmacia.	1 = 51001 2 = 51002 3 = 51003 4 = 51004 5 = 51005	6. Puesto en la farmacia.	1. facultativo 2. técnico 3. auxiliar 4. comercial 5. otro (especificar) _____

Tabla de Respuestas de la Subescala I (Por favor, escriba el número que se corresponde con la respuesta elegida en cada ítem)					
1	2	3	4	5	6

Escala II: afectación de los servicios

Subescala II-A: servicios básicos o esenciales

INSTRUCCIONES			
Elija la opción (grado de afectación) que más se ajuste a su parecer respecto a los servicios básicos durante la pandemia, y traslade sus correspondientes números a la Tabla de Respuestas.			
Servicios afectados	Grado de afectación	Servicios afectados	Grado de afectación
7. Adquisición y control de los medicamentos (custodia).	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado	8. Preparados medicinales y fórmulas magistrales (elaboración).	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado
9. Dispensación de medicamentos y otros productos sanitarios.	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado	10. Indicación farmacéutica (asesoramiento a usuarios y pacientes).	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado
11. Información y verificación personalizada del cumplimiento de los tratamientos.	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado	12. Detección y notificación de efectos adversos (farmacovigilancia).	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado
13. Educación en el ámbito de la salud pública (soporte al autocuidado).	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado	14. Mercado farmacéutico en general (compra-venta de medicamentos)	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado

Tabla de Respuestas de la subescala II-A (Por favor, escriba el número que se corresponde con la respuesta elegida en cada ítem)							
7	8	9	10	11	12	13	14

Subescala II-B: servicios complementarios (programas de salud pública)

INSTRUCCIONES			
Elija la opción (grado de afectación) que más se ajuste a su parecer respecto a los servicios complementarios durante la pandemia, y traslade sus correspondientes números a la Tabla de Respuestas.			
Servicios afectados	Grado de afectación	Servicios afectados	Grado de afectación
15. Identificación de factores cardiovasculares de riesgo.	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado	16. Identificación precoz de patologías.	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado
17. Programa de mantenimiento con Metadona.	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado	18. Apoyo y formación a escuelas y entidades asociativas.	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado

Tabla de Respuestas a la subescala II-B (Por favor, escriba el número que se corresponde con la respuesta elegida en cada ítem)			
15	16	17	18

Subescala II-C: servicios colaborativos (uso de medicamentos y autocontrol)

INSTRUCCIONES			
Elija la opción (grado de afectación) que más se ajuste a su parecer respecto a los servicios colaborativos durante la pandemia, y traslade sus correspondientes números a la Tabla de Respuestas.			
Servicios afectados	Grado de afectación	Servicios afectados	Grado de afectación
19. Sistema personalizado de dosificación de medicamentos.	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado	20. Soporte en el tratamiento de inicio	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado
21. Seguimiento farmacoterapéutico.	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado	22. Verificación de parámetros biológicos (autocontrol).	1 = nada afectado 2 = algo afectado 3 = bastante 4 = muy afectado

Tabla de Respuestas a la subescala II-C (Por favor, escriba el número que se corresponde con la respuesta elegida en cada ítem)			
19	20	21	22

Escala III: adaptaciones y cambios organizativos

Subescala III-A: medidas de higiene y prevención del contagio

INSTRUCCIONES			
Elija la opción (grado de aumento) que más se ajuste a su parecer respecto a las medidas de higiene y prevención del contagio que se adoptaron en su farmacia a raíz de la pandemia, y traslade sus correspondientes números a la Tabla de Respuestas.			
Medidas y cambios	Grado de cambio	Medidas y cambios	Grado de cambio
23. Apertura del espacio de venta al público (reconfiguración del mobiliario, eliminación de obstáculos, etc.).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	24. Limpieza y desinfección de la farmacia (intensidad y/o frecuencia).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
25. Señaléticas: carteles de adopción de medidas y señales de distancias de seguridad.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	26. Equipos y materiales de protección para el personal (guantes, mascarillas, hidrogeles, PCRs, alfombra, etc.).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
27. Venta al público desde la calle por ventanilla exterior.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes.	28. ¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad?	0 = nulo 1 = bajo 2 = medio 3 = alto 4 = muy alto

Respuestas a la subescala III-A					
(Por favor, escriba el número que se corresponde con la respuesta elegida en cada ítem)					
23	24	25	26	27	28

Subescala III-B: medidas de ajuste del personal de la farmacia

INSTRUCCIONES			
Elija la opción (grado de cambio) que más se ajuste a su parecer respecto a las medidas que se adoptaron en su farmacia a raíz de la pandemia, respecto al personal que trabaja en ella, y traslade sus correspondientes números a la Tabla de Respuestas.			
Medidas y cambios	Grado de cambio	Medidas y cambios	Grado de cambio
29. Cambios en las condiciones laborales (turnos, vacaciones, horarios, salarios, etc.).	1 = igual que antes 2 = cambió algo 3 = cambió bastante 4 = cambió mucho más que antes	30. Contrataciones de nuevo personal para cubrir bajas o atender a un aumento de la demanda.	1 = igual que antes 2 = algunas más 3 = bastantes más 4 = muchas más que antes.
31. Reducción de personal por disminución de la demanda y de la facturación.	1 = igual que antes 2 = se redujo algo 3 = bastante 4 = se redujo mucho más que antes.	32. ¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad en términos generales?	0 = grado nulo 1 = grado bajo 2 = grado medio 3 = grado alto 4 = grado muy alto

Respuestas a la subescala III-B			
(Por favor, escriba el número que se corresponde con la respuesta elegida en cada ítem)			
29	30	31	32

Subescala III-C: medidas sobre los productos farmacéuticos

INSTRUCCIONES			
Elija la opción (grado de cambio) que más se ajuste a su parecer respecto a las medidas que se adoptaron en su farmacia a raíz de la pandemia, respecto a los productos farmacéuticos, y traslade sus correspondientes números a la Tabla de Respuestas.			
Medidas y cambios	Grado de cambio	Medidas y cambios	Grado de cambio
33. Reducción de compra y stock de ciertos productos y medicamentos por bajada de la demanda.	1 = igual que antes 2 = se redujo algo 3 = bastante 4 = se redujo mucho más que antes	34. Aumento de compra y stock de ciertos productos y medicamentos por subida de demanda.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
35. Variaciones (bajadas o subidas) de precios por cambios en la demanda.	1 = igual que antes 2 = varió algo 3 = varió bastante 4 = varió mucho más que antes	36. Variaciones en las relaciones con los proveedores y/o relaciones con nuevos proveedores.	1 = igual que antes 2 = varió algo 3 = varió bastante 4 = varió mucho más que antes
37. Estrategias de venta para deshacerse del stock malo (productos menos demandados).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	38. ¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad en términos generales?	0 = grado nulo 1 = grado bajo 2 = grado medio 3 = grado alto 4 = grado muy alto

Tabla de Respuestas a la subescala III-C (Por favor, escriba el número que se corresponde con la respuesta elegida en cada ítem)					
33	34	35	36	37	38

Subescala III-D: medidas de digitalización de la farmacia

INSTRUCCIONES			
Elija la opción (grado de cambio) que más se ajuste a su parecer, respecto a medidas de digitalización que se implantaron o potenciaron en su farmacia a raíz de la pandemia, y traslade sus correspondientes números a la Tabla de Respuestas.			
Medidas y cambios	Grado de cambio	Medidas y cambios	Grado de cambio
39. Presencia en internet (páginas web, redes sociales, etc.).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	40. Uso de la robótica para dispensación de productos (a modo de cajero automático).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
41. Uso de la comunicación telemática (recepción, gestión y envío de datos e información).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	42. Renovación de los sistemas informáticos (actualización o instalación de nuevas aplicaciones).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
43. Uso de recursos digitales audiovisuales (en escaparates, lugares estratégicos, etc.).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	44. Formación e instrucción del personal de farmacia en las nuevas tecnologías digitales.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
45. Sistemas digitales de atención a personas con	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más	46. ¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en	0 = grado nulo 1 = grado bajo 2 = grado medio

discapacidad (visual, auditiva o intelectual).	4 = mucho más que antes	la actualidad en términos generales?	3 = grado alto 4 = grado muy alto
--	-------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Tabla de Respuestas a la subescala III-C (Por favor, escriba el número que se corresponde con la respuesta elegida en cada ítem)							
39	40	41	42	43	44	45	46

Escala IV: servicios de atención al cliente

Subescala IV-A: dispensación de medicamentos y otros productos

INSTRUCCIONES			
Elija la opción (grado de cambio) que más se ajuste a su parecer, respecto a la dispensación de medicamentos y otros productos que se implantaron o potenciaron en su farmacia a raíz de la pandemia, y traslade sus correspondientes números a la Tabla de Respuestas.			
Servicios	Grado de cambio	Servicios	Grado de cambio
47. Uso de la receta electrónica.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	48. Renovación automática de la medicación en pacientes crónicos.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
49. Dispensación de medicamentos sin receta impresa (sólo con la tarjeta SIP).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	50. Dispensación de medicamentos sin la tarjeta SIP.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
51. Agrupamiento de dispensaciones para reducir las visitas presenciales.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	52. Dispensación excepcional en la farmacia de medicamentos hospitalarios.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
53. Farmacovigilancia y dispensación a domicilio de medicamentos para personas vulnerables, impedidas o de riesgo.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	54. Distribución de productos COVID (hidrogeles, mascarillas, etc.) y de test de antígenos.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
55. ¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad en términos generales?	0 = grado nulo 1 = grado bajo 2 = grado medio 3 = grado alto 4 = grado muy alto		

Tabla de Respuestas a la subescala IV-A (Por favor, escriba el número que se corresponde con la respuesta elegida en cada ítem)									
47	48	49	50	51	52	53	54	55	

Subescala IV-B: estrategias de venta y marketing

INSTRUCCIONES			
Elija la opción (grado de cambio) que más se ajuste a su parecer, respecto a las estrategias de venta y marketing que se implantaron o potenciaron en su farmacia a raíz de la pandemia, y traslade sus correspondientes números a la Tabla de Respuestas.			
Medidas y cambios	Grado de cambio	Medidas y cambios	Grado de cambio
56. Mejora de la experiencia de compra (rapidez, efectividad, amabilidad, seguridad, conocimientos, etc.).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	57. Fidelización comercial (tarjetas descuento, información online sobre ofertas, recordatorios, etc.).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
58. Fidelización emocional (conocer los tratamientos y aspectos personales del cliente, familiaridad en el trato).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	59. Venta por catálogo online y recogida del pedido en un punto seguro de la farmacia, o bien, envío a domicilio (e-commerce).	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes
60. Campañas comerciales para deshacerse del stock malo y/o mejorar las ventas del bueno.	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más que antes	61. ¿En qué grado cree que estas medidas se siguen manteniendo en la actualidad en términos generales?	0 = grado nulo 1 = grado bajo 2 = grado medio 3 = grado alto 4 = grado muy alto

Tabla de Respuestas a la subescala IV-B (Por favor, escriba el número que se corresponde con la respuesta elegida en cada ítem)					
56	57	58	59	60	61

