

Relaciones médico-paciente en instituciones prestadoras de servicios de salud en Medellín, Colombia

Doctor-Patient relationship in healthcare institutions of Medellín, Colombia

David Pulgarín-Vergara y Diana M. Castro-Arroyave

Recibido 4 junio 2019 / Enviado para modificación 13 julio 2019 / Aceptado 30 julio 2019

RESUMEN

Objetivo Comprender las percepciones que tienen médicos y pacientes sobre sus relaciones y cómo las condiciones actuales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) influyen en su relacionamiento.

Materiales y Métodos La recolección y análisis de información se basó en el principio de saturación que propone la investigación cualitativa, mediante entrevistas semiestructuradas aplicadas a 17 pacientes y 15 médicos durante el ejercicio de sus roles, en el ambiente de la espera y la consulta en cinco IPS seleccionadas. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas bajo los preceptos de la Teoría Fundamentada de Corbin y Strauss. El diseño muestral fue teórico por conveniencia.

Resultados Las condiciones del SGSSS sobre el hacer del médico, el abuso del derecho por parte de algunos pacientes y la percepción de calidad desigual entre Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), así como las fallas de comunicación en las Relaciones Médico-Paciente (RMP), el desprestigio de los médicos generales, la percepción de incredulidad hacia médicos jóvenes, entre otras percepciones identificadas dejan entrever que los cambios en el SGSSS contribuyen en la construcción de las RMP actuales.

Conclusiones Es fundamental que los actores del SGSSS propongan intervenciones que refuercen en los médicos capacidades comunicativas y psicosociales desde sus procesos de formación profesional, además de la disposición del SGSSS para proveer condiciones que permitan al médico desarrollar una atención en salud centrada en el paciente.

Palabras Clave: Relaciones médico-paciente; servicios de salud; sistemas de salud; personal de salud; administración de los servicios de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To understand the perceptions that doctors and patients have about their relationships and how the current conditions of the General System of Social Security in Health (GSSSH) influence their relationship.

Materials and Methods The collection and analysis of information was based on the saturation principle proposed by qualitative research, through direct observation and semi-structured interviews applied to 17 patients and 15 physicians during the exercise of their roles, in the waiting and consultation environment within the selected healthcare institutions. The interviews recorded, transcribed and analyzed under five precepts of the Grounded Theory of Corbin and Strauss. The sample design was theoretical for convenience.

Results Health system conditions on the doctor's doing, abuse of the right by some patients, the perception of uneven quality between health care promotion entities, communication failures in the Doctor-Patient Relationships, loss of prestige of the general doctors, perception of disbelief towards young doctors, among other identified perceptions, hint that changes in the GSSSH contribute to the construction of current Doctor-Patient Relationships.

DP: Ing. Telecomunicaciones. M. Sc. Comportamiento del Consumidor. Universidad Pontificia Bolivariana UPB. Medellín. Colombia. cavaran11311@hotmail.com
DC: Psicóloga. M. Sc. Salud Colectiva. Ph. D. Ciencias Sociales. Gepidh, Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. dmaria.castro@udea.edu.co

Conclusions It is essential that the actors of the GSSSH propose interventions that reinforce the communicative and psychosocial capacities in the doctors from their formative processes, as well as the provision of the GSSSH to provide conditions that allow the doctor to develop a health care focused on the patient.

Key Words: Doctor patient relations; health services; health insurance; health personnel; health services administration (source: MeSH, NLM).

El éxito de las RMP es posible en tanto los médicos brinden una atención en salud humanitaria (1). No obstante, se percibe un ambiente hostil en estas relaciones. Evaluaciones de satisfacción indican que el 23% de los pacientes no estuvieron satisfechos con el trato del personal asistencial (2). Así mismo, una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de Medellín – de la que se reserva su identidad con el fin de acatar al compromiso de confidencialidad – recibió 4 577 reclamaciones en 2017, 47% instauradas por comportamientos de médicos y pacientes durante la consulta.

Las actuales RMP se han gestado en el marco de la Ley 100 de 1993, que estableció el SGSSS bajo principios de eficiencia, universalidad, integralidad y solidaridad. Esta norma propició el incremento de colombianos asegurados (3) de 23.5% en 1993 a 94.6% en 2018 (4). Este modelo de aseguramiento designó al médico responsabilidades administrativas que lo sustraen de su rol asistencial, en un contexto donde el paciente es usuario de servicios de salud con derecho a dudar del profesional, a instaurar denuncias y a ser parte activa de la definición del diagnóstico y la terapéutica (5), contexto que incide en la configuración actual de las RMP.

Tras la revisión documental del tema y la experiencia directa con médicos y pacientes, se desarrolla este estudio con el fin de identificar cómo las percepciones que médicos y pacientes tienen sobre sus comportamientos en consulta y las condiciones actuales del SGSSS para el ejercicio de la medicina general, están incidiendo en la transformación de las RMP. Para efectos del estudio, la percepción es entendida como el proceso mediante el cual la conciencia dota de significado al individuo en la construcción de juicios respecto de las sensaciones obtenidas del entorno físico y social (6), creando impresiones que influyen sobre su comportamiento y sus interacciones (7). Visto así, los comportamientos del individuo se establecen a partir de sus actitudes frente a personas, grupos, objetos o situaciones, como resultado de los estímulos, sus características propias y del entorno en que el sujeto realiza sus acciones (8).

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación cualitativa se desarrolló en 2018 en cinco IPS de atención primaria en el norte, sur, oriente, occi-

dente y centro de Medellín. 32 participantes, 17 pacientes y 15 médicos (Tabla 1), afiliados al SGSSS, de diferentes edades (Tabla 2), accedieron voluntariamente a formar parte del estudio durante el ejercicio de sus roles, en el ambiente de la espera y la consulta dentro de las IPS seleccionadas. El muestreo utilizado fue teórico por conveniencia.

Tabla 1. Caracterización de los participantes

Pseudónimo	Edad (años)	Género	Ubicación IPS
Médico1	24		IPS Centro
Médico2	35	Mujer	
Médico3	30		
Médico4	31	Hombre	IPS Oriente
Médico5	40	Mujer	
Médico6	39		
Médico7	26	Hombre	IPS Occidente
Médico8	49	Mujer	
Médico9	41		
Médico10	40		IPS Sur
Médico11	43	Hombre	
Médico12	43	Mujer	
Médico13	34		IPS Centro
Médico14	29	Mujer	
Médico15	38		
Paciente1	40	Hombre	IPS Oriente
Paciente2	41	Mujer	
Paciente3	35		
Paciente4	58		IPS Norte
Paciente5	75	Hombre	
Paciente6	59	Mujer	
Paciente7	56		IPS Occidente
Paciente8	58	Mujer	
Paciente9	60		
Paciente10	69	Hombre	IPS Occidente
Paciente11	56	Mujer	
Paciente12	69		
Paciente13	62	Mujer	IPS Occidente
Paciente14	36	Hombre	
Paciente15	43	Mujer	
Paciente16	26	Hombre	
Paciente17	65	Mujer	

Tabla 2. Edad en años de los participantes

Variable	Edad
Rango edad participantes:	24-75
Mediana edad participantes:	41
Rango edad médicos:	24-49
Mediana edad médicos:	38
Rango edad pacientes:	26-75
Mediana edad pacientes:	58

La información se recolectó bajo entrevistas semiestructuradas con guía de aproximadamente 50 minutos. La guía,

sometida a prueba piloto y revisión por pares, tuvo como ejes temáticos las percepciones sobre el SGSSS, el comportamiento de los médicos asociado al SGSSS, el comportamiento de médicos y pacientes en consulta, y las percepciones de las RMP creadas a partir de sus experiencias, las de sus conocidos y lo que han escuchado sobre ellas.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas bajo los preceptos de la Teoría Fundamentada (9). La recolección de información y análisis se basó en el principio de saturación que propone la investigación cualitativa.

El estudio se acogió a los principios éticos de la investigación social y la participación fue voluntaria. Se hizo explícita a los participantes la posibilidad de retirarse del estudio si lo veían necesario. En consecuencia, se salvaguarda el derecho a la confidencialidad de participantes, IPS y EAPB con quienes se llevó a cabo la investigación.

RESULTADOS

Emergen las siguientes categorías (Cuadro 1):

Cuadro 1. Ejes temáticos y categorías emergentes

Categorías					
Percepciones del SGSSS			Características de las RMP		
Hacer del médico condicionado por el SGSSS	El paciente abusa del derecho	Desigualdad de la calidad de las EAPB	Fallas en la comunicación entre médicos y pacientes	La medicina general, profesión que ha perdido estatus	Edad del médico, como variable influyente sobre la confianza

Percepciones del SGSSS

El hacer del médico condicionado por el SGSSS

Emerge la creencia de que el aseguramiento en salud restringe al médico en cantidad y calidad de prestaciones que puede prescribir y las supedita a auditorías institucionales que vulneran su autonomía. “La EAPB no le manda a uno un medicamento bueno, no le manda exámenes buenos a uno como para ahorrarle, como que [...] les cobraran a ellos eso” (Paciente14). El 60% de médicos y 35% de pacientes entrevistados se refirieron 59 veces a la duración de la consulta médica como insuficiente para brindar un servicio de calidad, especialmente, en casos en que el paciente está emocionalmente afectado o en situación crítica de salud que amerita revisión exhaustiva. El tiempo de consulta se asocia con atención deficiente, causante de retrasos y malestar en los pacientes. “Si no tiene tiempo escasamente de escribir en el computador y medio examinar el paciente, menos tiempo va a tener de explicar ‘vos tenés esto’” (Paciente17).

El tiempo de consulta lleva al médico a dar una atención enfocada en el síntoma, viéndose obligado a expresar al paciente la imposibilidad de hacer una evaluación integral de su condición de salud. “Hay que decirles muy sutilmente que no les puedes atender todos los motivos de consulta, muchos se molestan y dicen que [...] las EAPB y los médicos no servimos para nada” (Médico4).

El paciente abusa del derecho

Hay percepción sobre abusos de los pacientes relacionados con solicitud de incapacidades sin pertinencia médica, recurriendo a la mentira o amenaza, y sobrecostos por uso indebido de los servicios de salud. Esas percepciones terminan

incidiendo en la forma en la que médico y paciente se relacionan. “Los pacientes que vienen para que los estén incapacitando o porque no quieren ir al trabajo empiezan a inventarse síntomas [...] Si uno les dice que puede seguir laborando, se enojan, exigen y dicen que es que tienen que tener la incapacidad” (Médico3).

Desigualdad de la calidad de las EAPB

Hubo 36 referencias de médicos y pacientes sobre disparidad en condiciones de oportunidad y calidad de la atención entre aseguradoras, que motiva traslados de pacientes desatendidos hacia la EAPB con mejores indicadores de servicio. Esas experiencias negativas previas ocasiona actitud demandante y descortés durante la consulta, como mecanismo de persuasión para que el médico cumpla con sus exigencias. “Hay pacientes que vienen de otras EAPB como a la defensiva, [...] allá yo solicitaba tal cosa y no me la daban entonces yo voy a llegar hablando duro o hablándole mal al médico para que me pueda dar [...]” (Médico6).

Características de las RMP

Las RMP se caracterizan, paradójicamente, por los comportamientos que la fracturan. Las categorías emergentes del estudio son descritas desde las vivencias de los participantes y las características ideales que espera el uno del otro en el marco de esa relación.

Fallas en la comunicación entre médicos y pacientes

Pacientes manifiestan que, en algunos casos, los médicos no saludan, no establecen contacto visual, se muestran inexpresivos, desconocen su historia clínica previa e inician la charla con una inexpresiva frase: “a qué vino” (Paciente13). Esperan de su médico que los reciba en la

puerta, que les dé un saludo familiar, que genere confianza para exponer sus padecimientos, que los trate por su nombre, estrechen su mano, los miren a los ojos, que demuestre conocer su historial clínico y que inicialmente disponga su atención para escucharlos, mostrando interés por su persona y condición de salud. “El saludo es la iniciación del mejoramiento del paciente, si llega con dolor y encuentra un médico antipático, el dolor se puede agravar porque no encontró la respuesta que necesitaba” (Paciente₅).

El 53% de los médicos refieren atender un alto número de consultas de personas que no presentan patologías, percibiendo necesidad de atención psicosocial basada en la escucha activa y trato cálido. Médicos y pacientes coinciden en que el médico que brinda una atención amable impacta favorablemente en el estado emocional de su paciente y, por consiguiente, en su salud. “Hay mucha gente que viene a consulta solamente porque no los dejan hablar en la casa [...] empiezan a contar: mira es que en mi casa tal problema [...] uno sabe cuándo en la casa no son escuchados” (Médico₁).

Algunos pacientes refieren que el médico se concentra en el diligenciamiento de la historia clínica, perdiendo de vista al paciente. Demandan más tiempo para ellos y menos en el computador, que se les explique en términos sencillos su diagnóstico y tratamiento, que les realicen examen físico completo, lo que leen como “sí me revisó” y que el médico los vincule en la definición del plan de manejo. “El médico no tiene tiempo de atenderte a vos, sino a la pantalla del computador” (Paciente₁₃).

Médicos refieren que hay pacientes que les expresan “vengo para que me mande [x servicio médico]”, guiados por consultas en internet. Esta expresión genera malestar en el médico, sintiéndose vulnerado en su conocimiento y en ocasiones como “secretario del paciente”. El médico demanda confianza en su criterio y aceptación de su plan de manejo. “Uno sí se siente ofendido porque le creen más a Google que al médico”. (Médico₁₂).

La medicina general, profesión que ha perdido estatus

La medicina general, para muchos médicos y pacientes, es hoy una profesión que ha perdido estatus social, entre otros, porque el paciente confía en el concepto del especialista antes que en el del médico general. También, el acceso libre al conocimiento médico a través de internet motiva en el paciente posturas críticas y exigentes frente a la atención del médico general. “Todo el tiempo es probando si el médico sabe o no, si lo está haciendo bien o no”. (Médico₂).

La edad del médico como variable influyente sobre la confianza

Se identificó en pacientes mayores de 35 años percepción de incredulidad hacia los médicos jóvenes, relacionando

su edad con falta de experiencia y conductas “relajadas” para profundizar en los conocimientos que demanda la disciplina. “Los de más edad son los más activos, los que más les gusta la medicina [...], pero hay otros más jovencitos que no están como muy entregados a su carrera y a lo que han estudiado” (Paciente₃).

Este concepto es reforzado por los médicos que relatan sucesos en los que el paciente cuestiona la formación y título de los médicos jóvenes, expresando no sentirse seguros con su decisión y solicitando una nueva consulta para validar la atención ofrecida por el médico joven. “Cuéntame, ¿por qué viniste? No, es que yo vine a consulta con la Dra. [...] Ella no me dio confianza, es que yo la veo tan chiquita que me parece que ella no sabe” (Médico₁₄).

La postura de que juventud es muestra de falta de preparación prima en los pacientes y no en los médicos, pues ninguno de los galenos participantes hizo alusión a este tema en relación con ellos mismos o sus colegas.

DISCUSIÓN

Las RMP se han transformado, entre otros, por el paso de la medicina familiar, como paradigma de integralidad y humanismo, a una etapa tecnística, en la que se dio prelación a la atención instrumental, multidisciplinaria, despersonalizada y dispersa, en detrimento del interrogatorio, la atenta escucha y el examen físico riguroso (10).

El médico institucional tiene un doble rol, uno enfocado a sanar al paciente y otro consistente en optimizar los recursos para lograr la garantía del derecho común. Este último inhibe al médico de lo esencial, que es precisamente la atención asistencial desde una conexión física y emocional con su paciente. Estas condiciones del SGSS han hecho que el médico pierda autonomía para saludar a su paciente, brindarle un trato familiar, escucharlo atentamente y ofrecer soluciones acordes con su demanda, aspectos que son claves en el éxito de las RMP.

Los trámites burocráticos y largas filas para acceder a autorizaciones, la no disponibilidad o prestación inoportuna de servicios, entre otras, son situaciones que predisponen negativamente a los pacientes (11). Los convierte en una bomba de tiempo que, de acuerdo con lo descrito por los participantes, estalla en la consulta y los lleva a proferir insultos y amenazas a su médico, a expensas de la percepción desfavorable de la calidad, no solo asistencial, sino administrativa de la atención (12).

A partir de estas experiencias negativas, los pacientes refuerzan su falta de confianza en lo que el SGSS les ofrece, llegando a expresiones reiterativas como “el médico solo manda acetaminofén”, lo que no significa simplemente disgusto con el medicamento, sino una suerte de recla-

mo motivado por su percepción de que los médicos están respondiendo a las condiciones del SGSSS antes que a las necesidades de los pacientes.

La confianza es esencial para el desarrollo adecuado de las RMP. Esa confianza del paciente hacia su médico le hace sentir alivio apenas lo ve (13). Hoy, las RMP se desarrollan en un contexto institucional donde la medicina general se ha desprestigiado (14) y el paciente confía cada vez menos en su médico (15). Este ambiente de desconfianza carga de prejuicios y predisposiciones a ambos actores en detrimento de su relación, lo que precisa su intervención.

Es claro que las RMP están afectadas por los factores anteriormente ilustrados. En esa medida, para que estas relaciones cumplan con su objetivo misional de generar bienestar y salud a los pacientes, es fundamental que el Ministerio de Salud, las EAPB y las IPS establezcan planes de acción con los siguientes propósitos:

- i. Sensibilizar a los pacientes sobre el uso y abuso del derecho, cumplimiento de deberes y respeto por el médico.
- ii. Establecer mecanismos de posicionamiento de la medicina general como profesión de importante valor para la sociedad.
- iii. Dotar al médico con herramientas que mejoren su capacidad resolutoria en el primer nivel de atención, aprovechando los avances conceptuales, epidemiológicos, diagnósticos, farmacológicos y exploratorios aportados por la ciencia, desde una racionalidad médica técnico-científica y no financiera (10).
- iv. Conferir al médico un rol asistencial, reduciendo funciones administrativas que menoscaben su capacidad para desarrollar una adecuada atención biopsicosocial.
- v. Establecer parámetros de diligenciamiento de historias clínicas que guarden equilibrio entre el cumplimiento de un registro clínico práctico (16) y el tiempo limitado del que dispone el médico, garantizando que su diligenciamiento no inhiba lo esencial que es la atención centrada en el paciente.
- vi. Ofertar tiempos de consulta diferenciales y coherentes con las condiciones particulares de cada consultante, entendiendo que un tiempo insuficiente de consulta es un aspecto negativo para la calidad en el servicio (11).

Por su parte, la academia juega un papel importante en el mejoramiento de las RMP. Es fundamental que las universidades identifiquen a quienes aspiran a ser médicos por convicción, trascendiendo la intención de continuar la línea de formación generacional en su familia. Es clave que se reconozca en el estudiante de medicina la vocación de servicio y un alto componente humanista que complementa el interés científico y biológico que comporta tal profesión (17). Así mismo, que los programas curriculares de medicina cuenten con formación in-

tegral en habilidades comunicativas (18) que les permita a los profesionales construir contenidos pertinentes en su discurso para informar a su paciente lo que sucede, con una sutileza que se compadezca de su condición y realidad (19), sin que esto signifique asumir el rol de terapeuta o trabajador social.

Si bien este estudio no profundizó en las problemáticas estructurales del SGSSS articuladas a las RMP, podrá servir como punto de partida para estudios posteriores sobre la materia, con énfasis en las representaciones sociales del hacer del médico en relación con el SGSSS ♠

Agradecimientos: A los pacientes y médicos participantes, por su disposición para responder a las preguntas y reflexiones. A los directivos de la EAPB, por su interés en el objeto de estudio y en los resultados para generar iniciativas que potencien cambios positivos en las RMP.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Financiamiento: El estudio fue financiado con recursos propios de los investigadores y con la cofinanciación de la EAPB en la que se ejecutó. Considerando que el estudio aporta conocimiento a la EAPB para el mejoramiento de las relaciones médico-paciente, los derechos patrimoniales resultados de esta investigación serán compartidos con dicha entidad.

REFERENCIAS

1. Sanchez D, Contreras Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Rev Cub Med Mil.* 2014 [cited 2018 May 30]; 43(4):528-533. Available from: <https://bit.ly/3gdA3Zf>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS. Informe final [Internet]. Bogotá: Proyectamos Colombia SAS; 2017 [cited 2018 May 30]. Available from: <https://bit.ly/3gfd8N8>.
3. Yepes F.J, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. 1st ed. Bogotá: Mayol Ediciones S.A; 2010.
4. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. Cifras de Aseguramiento en Salud [Internet][cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://bit.ly/2YNkLor>.
5. Petracchi M, Sánchez VIM, Schwarz PK, Mendes AM. Comunicación y salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía. Primera Edición. Buenos Aires: Teseo; 2017.
6. Vargas L. Sobre el Concepto de Percepción. *Alteridades.* 1994 [cited 2018 May 30]; 4(8) 47-53. Available from: <https://bit.ly/2BYOiCj>.
7. Ovejero A. Las Relaciones Humanas. Psicología social teórica y aplicada. Madrid: Biblioteca Nueva; 2007.
8. Alarcón R. La síntesis experimental del comportamiento y la unificación de la psicología. *Rev Latinoam Psicol.* 1997 [cited 2018 May 30]; 29(3):415-433. Available from: <https://bit.ly/31wZm1>.
9. Corbin J, Strauss A. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2nd ed. Londres: Sage Publications, Inc; 1998.
10. González RA. ¿Quo Vadis? Relación médico-paciente. *Rev Hosp Psiqui Hab.* 2013 [cited 2018 May 30]; 10(2). Available from: <https://bit.ly/3ghbMBs>.

11. Delgado-Gallego ME, Vásquez-Navarrete ML, Moraes-Vanderlei L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2010 [cited 2018 May 30]; 12(4):533-545. DOI: 10.15446/rsap.
12. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed M, Goicochea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Revista Med Clin (Barc)*. 2006 [cited 2018 May 30]; 128(8):307-310. DOI: 10.1157/13099583.
13. Arrubarrena VM. La relación médico-paciente. *Cir gen*. 2011 [cited 2018 May 30]; 33(2):122-125. Available from: <https://bit.ly/2ZqRY8c>.
14. Franco- Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS), *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015 [cited 2019 Feb 27]; 33(3):415-424. DOI: 10.17533/udea.rfhsp.v33n3a11.
15. Ayala J. La Salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la República de Colombia. 2014; [cited 2018 May 30]. Available from: <https://bit.ly/31yxtsY>.
16. Barreto J. La historia clínica: Documento científico del médico. *Ate-neo*. 2000 [cited 2018 May 30]; 1(1): 50-55. Available from: <https://bit.ly/2AjOcoD>.
17. Garrett EJ. Funciones del médico en la atención primaria de salud. *Educación Médica y Salud (OPS)*. 1981; 15(3), 249-257.
18. Bravo G, Jurado M, Tejera JF. La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. *Rev Cub Med Mil*. 2019 [cited 2019 May 30]; 48(2 sup):471-486. Available from: <https://bit.ly/2NGThdL>.
19. Camarena-Robles E, Hernández-Torres F, Fajardo G. La comunicación humana y su relación con la queja médica. *Revista CONAMED*. 2011 [cited 2019 May 30]; 16(3):141-147. Available from: <https://bit.ly/2ZqCTTT>.