

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_,

con domicilio en \_\_\_\_\_.

Manifiesto que ante la convocatoria, recomendación o petición de que me realicen cualquiera de las pruebas del llamado SARS-CoV-2 y no habiendo observado nunca ninguno de los síntomas de la llamada COVID-19 o cualesquiera otros relacionados con insuficiencia respiratoria o que se atribuyan al mencionado virus, pongo en conocimiento de quien corresponda mi NEGATIVA a someterme a cualquiera de esas pruebas.

Las razones de mi decisión son las siguientes:

**1. La legislación española e internacional protegen el derecho de consentir o negarse a cualquier intervención médica tras recibir información adecuada que permita tomar esa decisión.** Asimismo, el Código de Deontología Médica obliga al facultativo a respetar el derecho del paciente a decidir libremente. En el caso de las pruebas del nuevo coronavirus se está incumpliendo el Artículo 10 de la Ley de Autonomía del Paciente al no darse toda la información relevante para poder fundamentar correctamente la decisión. (Anexo 1. Fundamentos legales).

**2. Ninguna prueba diagnóstica para el SARS-CoV-2 es fiable.** Puesto que ni los responsables públicos ni las autoridades o personal sanitario están dando toda la información relevante sobre las pruebas, lesionando así mi derecho a la información necesaria y adecuada, y vulnerando por tanto mi derecho a decidir, he tenido que buscarlas por mi cuenta amparándome en mi derecho a la educación sobre salud, y acudiendo para ello a las instituciones que han establecido las instrucciones y protocolos: Organización Mundial de la Salud, Centros para el control de las Enfermedades (CDC), Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), o en España, el Instituto Carlos III, y la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, así como a expertos científicos, microbiólogos, virólogos, epidemiólogos, patólogos y otros especialistas de reconocido rigor e independencia. Como resultado de este análisis reflexivo he llegado a la conclusión de que las pruebas utilizadas para el SARS-CoV-2 no son fiables en absoluto y de que la confusión sobre los criterios, validez e interpretación de resultados es enorme entre los expertos. (Anexo 2. Fundamentos científico-médicos. Anexo 3. Referencias).

**3. Las consecuencias de dar positivo a las pruebas son enormemente lesivas, peligrosas y degradantes,** ya que, a través de los medios de comunicación, se ha transmitido la idea de que quienes resulten positivos pueden ser ingresados —no queda claro si de grado o por la fuerza— en determinadas infraestructuras, aislados de sus seres queridos y por tanto sometido no solo a un trato estigmatizador y discriminador, sino también a condiciones que ponen en peligro la salud, la integridad física y la estabilidad emocional y mental sin que exista prueba alguna de que estas personas amenacen de alguna forma la salud pública e incluso existiendo opiniones de prestigiosos virólogos y epidemiólogos de que lo correcto es justamente lo contrario, es decir, favorecer los contactos entre la gente.

4. Con las evidencias científicas actualmente disponibles no se puede afirmar que exista un peligro para la salud pública en relación con la llamada "COVID-19". Las instrucciones de los CDC dejan muy claro que "**La detección del ARN viral puede no indicar presencia del virus infeccioso** o de que el 2019-nCoV sea el agente causante de los síntomas clínicos". Y tanto la FDA como la propia OMS dejan constancia de dudas similares. Finalmente, las consecuencias de someterse a un test sin fiabilidad pueden derivar en decisiones que en última instancia podrían conllevar un riesgo para la vida y por tanto, la obligatoriedad del test está expresamente prohibida por la Ley General de Sanidad.

En definitiva: las pruebas no son fiables, las consecuencias son enormemente peligrosas, yo no constituyo un peligro para la salud pública ni para ninguna persona y la legislación vigente me otorga el derecho a decidir, por lo que ejerzo ese derecho expresando mi NEGATIVA a someterme a cualquiera de las pruebas mencionadas.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Firmado: \_\_\_\_\_.

## ANEXOS

### 1. FUNDAMENTOS LEGALES:

#### — Constitución Española:

##### Artículo 10:

1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.
2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

##### Artículo 15:

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

##### Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley.

##### Artículo 18

1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

#### — Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y posteriormente enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, en Octubre de 2005.

##### 2. Derecho a la libertad de elección

El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado.

El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

##### 3. Derecho a la autodeterminación

El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.

El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

##### 9. Derecho a la Educación sobre la Salud

Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que la ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educacionales.

##### 10. Derecho a la dignidad

La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetados en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.

#### — Convenio Para La Protección De Los Derechos Humanos Y La Dignidad Del Ser Humano Con Respecto A Las Aplicaciones De La Biología Y La Medicina, Oviedo, 4 de abril de 1997, ratificado por el estado español el 20 de octubre de 1999:

##### Artículo 2. Primacía del ser humano:

El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.

##### Artículo 5 Regla general:

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

**– Declaración bioética de Gijón, 2000:**

5. Se debe propiciar y estimular el debate especializado y público a fin de orientar las opiniones, las actitudes y las propuestas. El debate implicará de manera interactiva a los expertos en distintas disciplinas y a los ciudadanos de diversos ámbitos, así como a los profesionales de los medios de comunicación.
6. Debe garantizarse el ejercicio de la autonomía de la persona, así como fomentarse los principios de justicia y solidaridad. Asimismo debe respetarse la identidad y especificidad del ser humano.

**– Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, suscrita el 19 de octubre de 2005:**

Artículo 3. Dignidad humana y derechos humanos:

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 5. Autonomía y responsabilidad individual: Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás.

Artículo 6. Consentimiento:

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

Artículo 11. No discriminación y no estigmatización:

Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.

**– Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad:**

Artículo diez.

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

Artículo veintiocho

Todas las medidas preventivas contenidas en el presente capítulo deben atender a los siguientes principios:

- a) Preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias.
- b) No se podrán ordenar medidas obligatorias que conlleven riesgo para la vida.
- c) Las limitaciones sanitarias deberán ser proporcionadas a los fines que en cada caso se persigan.
- d) Se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen al principio de libre circulación de las personas y de los bienes, la libertad de Empresa y cualesquiera otros derechos afectados.

**– Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:**

Artículo 2. Principios básicos:

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

Artículo 3. Las definiciones legales.

A efectos de esta Ley se entiende por:

Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Artículo 8. Consentimiento informado:

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito:

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:
  - a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
  - b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
  - c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
  - d) Las contraindicaciones.
2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

—Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, julio 2011.

Artículo 9.

- 1.- El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias.

Artículo 12 .

- 1.- El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones.

## 2. FUNDAMENTOS CIENTÍFICO-MÉDICOS

No se ha demostrado que la COVID-19 cumpla los Postulados de Koch tal como lo reconocen los propios científicos que informaron del descubrimiento del supuesto virus causante: “[...] nuestro estudio no cumple los Postulados de Koch”. Posteriormente un estudio publicado en *Viruses* en febrero, volvió a confirmar que los Postulados no se han satisfecho, ni siquiera se han hecho los experimentos necesarios.

Otros científicos explican que los científicos chinos no demostraron que el ARN que presentaron como el genoma del nuevo coronavirus procedía efectivamente de un virus nuevo. Y presentan dos posibles alternativas: podría tratarse de ARN humano procedente de un fenómeno descubierto en los años ochenta y denominado “RNA editing” o podrían haberse confundido con un tipo especial de microvesículas celulares denomina “exosomas” que tienen las mismas características y aspecto que los coronavirus incluyendo el ARN, el tamaño y las proteínas receptoras, y que se generan en situaciones de toxicidad o estrés.

Sin un trabajo correcto de aislamiento, purificación y secuenciación, ningún tests puede ser válido, al carecer de los elementos necesarios: información genética y proteínas. De hecho, que se sepa, ningún test ha pasado el imprescindible Patrón Oro.

Aún en el caso de que se lograra demostrar que esto se ha realizado correctamente, las pruebas tienen graves inconvenientes técnicos y biológicos que las convierten, en palabras del catedrático de bioquímica y coordinador de la red de laboratorios de la Universidad Complutense, José Manuel Bautista, en “una ruleta rusa”.

Los documentos de las instituciones oficiales que emiten instrucciones de uso de los kits de pruebas para el nuevo coronavirus

—CDC: 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel: **“La detección del ARN viral puede no indicar presencia del virus infeccioso o de que el 2019-nCoV sea el agente causante de los síntomas clínicos”.**

—OMS: Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Laboratory testing for 2019-nCoV in humans: “algunos (test) pueden detectar el nuevo virus y **otros pueden detectar también otras cepas genéticamente similares**, como por ejemplo el SARS-CoV (el anterior virus del SARS)”.

—FDA: Accelerated Emergency Use Authorization (EUA) Summary. COVID-19 RT-PCR test. Laboratory Corporation of America: “El agente detectado puede no ser la causa definitiva de la enfermedad”.

Otros datos y evidencias que ponen en duda la fiabilidad de los tests:

—En un artículo publicado el 5 de marzo en el volumen 41, número 4 de Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi titulado “Potential False-positive Rate Among the ‘asymptomatic Infected Individuals’ in Close Contacts of COVID-19 Patients” (“Porcentajes potenciales de falsos positivos entre individuos infectados asintomáticos en contacto cercano con pacientes de COVID-19”), firmado por un equipo del Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Escuela Pública de Salud de la Universidad de Xi’an Jiaotong encabezado por G. H. Zhuang se concluye que los porcentajes de falsos positivos pueden estar entre el 47 y el 80,33%.

— Expertos en Inmunología explican que las reacciones antígeno-anticuerpo no son específicas y que las reacciones que se producen en el laboratorio in vitro no son equivalente a las que se producen in vivo en el interior del cuerpo. Ambas cosas descalifican de partida las pruebas que busquen anticuerpos o antígenos.

— Los expertos, incluso algunos de los que han trabajado para desarrollar las pruebas, no se ponen de acuerdo sobre su validez e interpretación:

-*Chicago Tribune* 3 de abril: Dra. **Elizabeth McNalluy**: **declara que si una persona da positivo es que no va a enfermar ni extender el virus porque su cuerpo lo ha eliminado**: “Si los anticuerpos llegan a tu sistema significa que el cuerpo ha vencido y no tienes el virus activo”.

-*Russia Today* 13 de abril: “**La OMS pone en duda que los pacientes recuperados de coronavirus sean inmunes ante nuevos contagios**”.

-*NBC News* 4 de abril: profesor de farmacología de la *Universidad de Colorado* (EEUU) **David Kroll**, que ha trabajado en las pruebas de anticuerpos: una prueba positiva significa que “su sistema inmunológico recuerda el virus y produce los anticuerpos... pero **no puede decirle si está realmente enfermo, si es contagioso o inmune o si es seguro volver a salir a la calle**”. “La prueba no se puede usar como test diagnóstico, necesitaría combinarse con otra información para determinar si una persona está enferma con COVID-19”.

-*Business Insider* 3 de abril: Secretario de Salud del Reino Unido **Matt Hancock**: **hasta ahora no hay ningún test de anticuerpos fiable**. Y pone el ejemplo de los miles de test devueltos por España a una compañía china al descubrir que “solo eran precisas en un 30%”. Hancock también señala que **algunos test detectan anticuerpos contra coronavirus comunes produciendo así falsos positivos**. “los científicos tampoco están seguros de hasta qué punto una infección ya pasada podría prevenir la reinfección y cuánto dura realmente la inmunidad”.

-*Medicine Net*: investigadores del Sistema Sanitario *Mount Sinai* de Nueva York afirman haber desarrollado una prueba ELISA -de anticuerpos- que “permitiría que los trabajadores de la salud que estaban enfermos pero que nunca se hicieron la prueba regresaran al trabajo **confiando en que ahora son inmunes**”.

-Sir **John Bell**, profesor de Medicina de la *Universidad de Oxford* y asesor del Gobierno británico: concluye que ningún test de anticuerpos funciona bien y peor aún son los resultados de los test rápidos de antígenos: “**Ninguna de las pruebas que hemos validado cumpliría los criterios para una buena prueba** según lo acordado con la *MHRA*” (*Medicines and Healthcare products Regulatory Agency*, la agencia que regula los productos y fármacos en Reino Unido).

-*Science News* 27 de marzo: **Charles Cairns**, decano de la Facultad de Medicina de la *Universidad de Drexel* (EEUU): “la gran pregunta es: ¿una respuesta positiva para los anticuerpos significa que la persona está infectada activamente o que ha sido infectada en el pasado? Las pruebas debe ser precisas y evitar tanto falsos positivos como falsos negativos”.

— En España la *Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* publicó el 30 de marzo un documento titulado *Reflexiones de SEIMC sobre el uso de la detección de antígenos y anticuerpos para el diagnóstico de COVID-19* y en el que dicen “Si bien en el algoritmo que presentábamos en un documento previo (*Documento de posicionamiento de la SEIMC sobre el diagnóstico microbiológico de COVID-19*) y que se publicó el 23 de marzo se recogía la detección del antígeno como primer paso para detectar de una manera rápida la presencia del virus en muestras nasofaríngeas, lo condicionábamos a que tuviese una sensibilidad aceptable, **entendiendo como aceptable superior al 70% y siempre en un contexto epidemiológico de elevada prevalencia**. Hasta la actualidad las pruebas que se han realizado en España con estos kits de detección de antígeno basados en la inmunocromatografía (*lateral-flow*) presentan una **sensibilidad inferior a un 50%**”.

Mas adelante habla de problemas de “inestabilidad” que podrían resolverse “añadiendo un 20% de glicerol, aunque se debería estudiar si es así y si su presencia **afecta la interacción antígeno-anticuerpo**”. Y añaden “Por otra parte, los ensayos serológicos no se usan de forma rutinaria para el diagnóstico de COVID-19 debido a que, en la fase precoz de la enfermedad, durante los primeros 5-6 días de iniciarse la sintomatología la respuesta inmunitaria es escasa, con un tiempo medio a los 11 días”. Entre los usos, la mayoría destinados a trabajos de investigación epidemiológica o de tratamientos y vacunas, incluye “confirmar la infección cuando exista una sospecha de un falso negativo de la PCR”.

— Numerosos científicos y médicos especializados en epidemiología, microbiología, virología, muchos de ellos de gran renombre y grandes responsabilidades cuestionan las decisiones que se están tomando, especialmente los encierros:

**Julian Nida-Ruemelin**, ex ministro de cultura y profesor de ética en Alemania, **Yoram Lass**, médico y ex director general de salud en Israel, **John Oxford**, de la *Queen Mary University*, virólogo y especialista en gripe de renombre mundial, **Martin Exner**, director del *Institute for Hygiene* de la *Universidad de Bonn*, **John Ioannidis**, profesor de medicina de la *Universidad de Stanford*, **Joel Kettner**, profesor de ciencias de la salud en la *Universidad de Manitoba*, **Pietro Vernazza**, médico especialista en enfermedades infecciosas, **David Katz**, fundador y director del Centro de Prevención de la *Universidad de Yale*, **Michael T. Osterholm**, especialista en enfermedades infecciosas de la *Universidad de Minnesota*, **Peter Goetzsche**, fundador de la *Colaboración Cochrane*, **Sunetra Gupta** y su equipo de investigación epidemiológica de la *Universidad de Oxford*, **Karin Mölling**, virología alemana, ex dice tora del centro de virología médica de la *Universidad de Zurich*, **Tom Jefferson**, epidemiólogo de la *Colaboración Cochrane*, **Michael Levitt**, profesor de bioquímica de la *Universidad de Stanford*, el grupo *German Network for Evidence Based Medicine*, **Richard Schorbas**, médico y jefe de personal del *York Central Hospital*, **Gérard Krause**, del departamento de

epidemiología del *German Helmholtz Centre for Infections Research*, **Felix Scholknann**, biofísico, **Andreas Sönnichsen**, de la Universidad de Medicina de Viena, director de *Network Evidence Based Medicine*, **Suchart Bhakdi**, microbiólogo de la Universidad de Mainz, **Knut Wittkouski**, epidemiólogo, **Frank Ulrich Montgomery**, presidente de la *World Doctors Federation*, **Stefan Hockertz**, inmunólogo y toxicólogo alemán, **Pablo Goldschmidt**, virólogo y bioquímico argentino, **Andrew Tegnell**, epidemiólogo sueco, **Stephen McIntyre**, investigador estadounidense, **Richard Capek**, médico alemán, **Evan Bendavid** y **Jay Bhattacharya**, profesores de medicina de la Universidad de Stanford, **Wolfgang Wodarg**, médico especialista en enfermedades del pulmón, **Hendrik Streek**, epidemiólogo de la Universidad de Bonn, **Yanis Roussel** y su equipo de investigación en infecciones del Hospital Universitario de Marsella...

### 3. REFERENCIAS:

- **Na Zhu** y otros. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020; 382:727-733. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017 (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001017>).
- **Rivers, T.M.** Viruses and Koch's Postulates. *J. Bacteriol.* **1937**, 33, 1–12 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC545348/pdf/jbacter00773-0005.pdf>).
- **Gralinski, Lisa** y otros. Return of the Coronavirus: 2019-nCoV. *Viruses* 2020, 12(2), 135; <https://doi.org/10.3390/v12020135> (<https://www.mdpi.com/1999-4915/12/2/135/hm#cite>).
- **P. F. Predki y colaboradores.** *Human Antibodies*, n° 14, 2005, p. 7-15.
- **A. Hässig, H. Kremer, W-X. Liang y K. Stampfi.** HIV: Can you be more specific? Open Questions concerning the Specificity of anti-HIV Antibodies: do they belong to the group of autoantibodies against cellular structures? *Continuum*, 2, vol. 4, 1996.
- **Christine Johnson.** *Guía para la PCR* (<http://free-news.org/cjohns02.htm>)
- **I. A. Teo y S. Shaunak.** PCR in situ: aspects which reduce amplification and generate false-positive results. *Histochem. J.* 27:660. 1995.
- **Papadopoulos-Eleopoulos y otros.** Is a positive Western blot proof of HIV infection? *Bio/Technology*, 11, 1993, pp. 696-702.
- **Esther Nolte-‘t Hoen, Tom Cremer, Robert C. Gallo y Leonid B. Margolis.** Extracellular vesicles and viruses: Are they close relatives? Edited by Peter K. Vogt, The Scripps Research Institute, La Jolla, CA, and approved June 27, 2016 (received for review April 4, 2016). <https://www.pnas.org/content/pnas/113/33/9155.full.pdf>.
- **M. Osaki y F. Okada.** *Exosomes and Their Role in Cancer Progression.* *Yonago Acta Med.* 2019;62(2):182–190. Published 2019 Jun 20. doi:10.33160/yam.2019.06.002  
– [https://scholar.google.es/scholar?q=contents+of+exosomes&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.es/scholar?q=contents+of+exosomes&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
- **M. E. Davis** *Exosomes: What Do We Love So Much About Them?* *Circ Res.* 2016;119(12):1280–1282. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.309942
- *Exosomes: Contents by Cell Type and Process:*  
<https://www.rndsystems.com/resources/posters/exosomes-contents-cell-type-and-process>