

**COMITE DE EXPERTOS
DE LA OMS
EN DROGAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA**

14º informe

	Página
1. Notificaciones	3
2. Actividad de los organismos internacionales competentes en materia de estupefacientes	5
3. Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961	7
4. Dependencia	7
5. Relación entre la dependencia física y psíquica y el abuso de las drogas	10
6. Mezclas de estupefacientes sometidos a fiscalización con otros agentes terapéuticos	10
7. Abuso y fiscalización de las drogas no incluidas en las convenciones internacionales	10
8. Hoja de coca y cocaína	12
9. Cannabis	12
10. Inclusión de la dependencia y del abuso de las drogas en el programa de investigación de los efectos nocivos de los medicamentos	12
11. Cuadros de asesores	12
12. Compilación y ordenación de informaciones sobre estupefacientes	13
Anexo : Lista de los estupefacientes sometidos a fiscalización internacional	14

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS
EN DROGAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA

Ginebra, 19-24 de julio de 1965

Miembros :

- Dr. N. B. Eddy, Consultant on Narcotics, National Institutes of Health, Bethesda, Md., Estados Unidos de América (*Relator*)
- Dr. L. Goldberg, Profesor de Investigaciones sobre el Alcohol y los Analgésicos, Karolinska Institutet, Estocolmo, Suecia
- Dr. E. Hosoya, Profesor de Farmacología, Escuela de Medicina, Universidad de Keio, Tokio, Japón
- Dr. H. Isbell, Professor of Medicine and Pharmacology, University of Kentucky Medical Centre, Lexington, Kentucky, Estados Unidos de América
- Dr. G. Joachimoglu, Profesor Emérito de Farmacología ; ex Presidente del Consejo Superior de Sanidad, Atenas, Grecia (*Vicepresidente*)
- Dr. P. Kielholz, Profesor de Psiquiatría, Universidad de Basilea, Suiza
- Dr. A. D. Macdonald, Professor of Pharmacology, University of Manchester, Inglaterra (*Presidente*)
- Dra. V. V. Vasil'eva, Profesora de Farmacología, Segundo Instituto de Medicina, Moscú, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

Representantes de las Naciones Unidas :

- Sr. D. Chapman, Director de la División de Estupefacientes, Naciones Unidas, Ginebra
- Sr. O. J. Braenden, Ph. D., Jefe de Sección, División de Estupefacientes, Naciones Unidas, Ginebra
- Sr. P. Isoré, Jefe de Sección, División de Estupefacientes, Naciones Unidas, Ginebra

Representantes del Comité Central Permanente del Opio y del Organismo de Control de Estupefacientes :

- Sr. A. Lande, Doctor en Derecho, Secretario de ambos organismos, Ginebra
- Sr. C. Nichols, Miembro de la Secretaría, de ambos organismos, Ginebra

Secretaría :

- Dr. H. Halbach, Jefe del Servicio de Farmacología y Toxicología, OMS (*Secretario*)

© Organización Mundial de la Salud 1965

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Ello no obstante, los organismos gubernamentales, las sociedades culturales y científicas y las asociaciones profesionales pueden reproducir ilustraciones, datos o extractos de esas publicaciones sin necesidad de pedir autorización a la Organización Mundial de la Salud.

Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Servicios de Edición y de Documentación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

PRINTED IN SWITZERLAND

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN DROGAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA*

14º informe

El Comité de Expertos de la OMS en Drogas que Causan Dependencia se reunió en Ginebra del 19 al 24 de julio de 1965.

El Dr. M. G. Candau, Director General de la Organización Mundial de la Salud, declaró abierta la reunión y dio la bienvenida a los miembros del Comité, a los representantes del Secretario General de las Naciones Unidas y a los del Comité Central Permanente del Opio y del Organismo de Control de Estupefacientes. Después de referirse al orden del día, que refleja las funciones que incumben al Comité en tanto que organismo médico asesor en lo que respecta a las medidas que han de adoptarse, tanto en el plano nacional como internacional, contra el abuso de los estupefacientes, el Dr. Candau puso de relieve la responsabilidad del Comité en el marco de las convenciones internacionales de fiscalización de estupefacientes, así como la necesidad de que sus miembros actúen como expertos individuales en esa materia y no, como en otros organismos internacionales que se ocupan de la fiscalización de estupefacientes, en calidad de representantes de los gobiernos.

Se eligió Presidente al Dr. A. D. Macdonald, Vicepresidente al Dr. G. Joachimoglu, y Relator al Dr. N. B. Eddy.

1. Notificaciones

1.1 *Pirintramida*¹

El Comité ha examinado las notificaciones de los Gobiernos de Bélgica y de Francia sobre la piritramida. Los datos que acompañan a esas notificaciones indican claramente que este agente tiene propiedades semejantes a las de la morfina, aunque los resultados de las pruebas de capacidad

* Llamado anteriormente «Comité de Expertos de la OMS en Drogas Toxicomanígenas».

¹ Denominación común internacional propuesta para la amida del ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(1-piperidino)piperidin-4-carboxílico.

para producir dependencia física hayan sido contradictorios : positivos en los ensayos en el mono y en el hombre y negativos en los ensayos en el perro. El Comité, después de examinar las diferencias observadas en las pruebas realizadas con distintas especies, que son particularmente pronunciadas con los derivados de la petidina, ha estimado que los resultados más seguros son los obtenidos en monos, que en este caso están confirmados por las observaciones en el hombre. El Comité entiende que la piritramida 1) surte efectos semejantes a los de la morfina, 2) suprime los fenómenos de abstinencia en los casos declarados de dependencia de la morfina, y 3) produce fenómenos comparables a los de la dependencia de tipo morfinico ; por todo lo cual la piritramida debe considerarse como una droga que causa dependencia comparable a la morfina, y procede aplicar a esa sustancia y a sus sales el régimen establecido por la Convención de 1931 para las drogas que se especifican en el Artículo 1, párrafo 2, Grupo I. En consecuencia,

El Comité de Expertos de la OMS en Drogas que Causan Dependencia

RECOMIENDA

i) que de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1 del Protocolo de 1948 se comunique al Secretario General de las Naciones Unidas su dictamen sobre la piritramida y sus sales ;

ii) que de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 3, párrafo 1, de la Convención Unica sobre Estupeficientes de 1961 se comunique al Secretario General de las Naciones Unidas que, a juicio de la OMS, la Lista I de la Convención Unica debe modificarse con objeto de añadir la piritramida ; y

iii) que la OMS recomiende a la Comisión de Estupeficientes de las Naciones Unidas que la piritramida se incluya en la Lista I de la Convención Unica a menos que la OMS reciba, no más tarde del 1 de noviembre de 1965, información que, a su juicio, pueda modificar el dictamen del Comité de Expertos antes formulado.

1.2 *Nicodicodina*¹

Respecto a la notificación sobre la nicodicodina presentada por el Gobierno de Francia en virtud del Artículo 11 de la Convención de 1931, el Comité ha tomado nota de que, según las pruebas aducidas, la nicodicodina produce efectos semejantes a los de la codeína en los animales y en el hombre, pero que no se ha demostrado que tenga capacidad bastante para causar dependencia física en dosis inocuas para los monos.

¹ Denominación común internacional propuesta para la 6-nicotinildihidrocodeína.

Enterado de que se están haciendo más estudios sobre la capacidad de la nicodocodina para causar dependencia física, el Comité ha decidido aplazar su opinión acerca de esa sustancia.

1.3 Preparaciones de difenoxilato

El Comité ha examinado dos peticiones relativas a ciertas preparaciones que contienen difenoxilato, una del Gobierno de Bélgica para eximir las de la fiscalización internacional de estupefacientes, con arreglo al Artículo 8 de la Convención de 1925, y otra del Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte para incluirlas en la Lista III de la Convención Unica. Se trata en ambos casos de preparaciones de administración oral en la práctica veterinaria; la primera se refiere a preparaciones que contienen 25 ó 100 mg de difenoxilato por unidad de dosis, y la segunda a preparaciones que contienen 100 mg de difenoxilato por unidad de dosis. En todos los casos, las preparaciones contienen sulfato de atropina en la proporción de una parte por cada 100 de difenoxilato. El Comité ha llegado a la conclusión de que la presencia de mayores cantidades de sustancia activa en la dosificación propuesta puede aumentar el riesgo de abuso y de que ese inconveniente es más importante que las razones de comodidad. Por lo tanto, el Comité entiende que ninguna de las exenciones solicitadas para esas preparaciones debe concederse. En consecuencia,

El Comité de Expertos de la OMS en Drogas que Causan Dependencia

RECOMIENDA que se comunique al Secretario General de las Naciones Unidas su dictamen sobre las mencionadas preparaciones de difenoxilato.

2. Actividad de los organismos internacionales competentes en materia de estupefacientes

2.1 El Comité ha tomado nota de que según el informe sobre el 19º periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social,¹ los dos tercios de las drogas sometidas actualmente a fiscalización internacional son de origen sintético. Esa cifra da una idea de la importancia y de la diversidad de los progresos realizados en esta esfera por la química sintética así como de la estrecha vigilancia que se ha ejercido para evitar los riesgos que podrían derivarse para la salud. Sin embargo, más

¹ Naciones Unidas, Comisión de Estupefacientes (1964) *Informe sobre el 19º periodo de sesiones (mayo 1964)* --- (Consejo Económico y Social. Documentos Oficiales : 37º periodo de sesiones, Suplemento N° 9) (documento E/3893).

de la mitad de los agentes sintéticos sometidos hoy día a fiscalización internacional, no son de uso general en medicina y cada año sólo un pequeño número de sustancias son objeto de notificaciones por parte de los gobiernos pidiendo que se examine la conveniencia de su fiscalización.

2.2 El Comité ha tomado nota con satisfacción de la resolución del Consejo Económico y Social sobre el khat,¹ en la que confirma la opinión de que el abuso de esa sustancia es un problema regional que podrá fiscalizarse mejor abordándolo en ese plano. En cambio, son motivo de preocupación los informes de que aumenta la superficie dedicada al cultivo del khat. Al parecer, las consideraciones económicas predominan sobre los riesgos para la salud pública que llevará consigo el aumento de la producción. El Comité espera que los países interesados comprendan ese aspecto de la situación y procuren alcanzar el objetivo señalado en la resolución antedicha.

2.3 Al examinar los informes del Comité Central Permanente del Opio sobre su actividad en 1963² y en 1964,³ el Comité ha visto con particular inquietud las cifras relativas al uso con fines ilícitos del opio legalmente producido, cifras que ascienden a unas 200 toneladas anuales, de las cuales sólo se recupera aproximadamente una décima parte por decomisos. También reviste gran importancia la producción de opio en zonas no fiscalizadas, que sólo en el sudeste de Asia se evalúa en unas 1000 toneladas. Aunque mucho de ese opio se consume localmente, el resto representa una fuente importante de morfina y, por consiguiente, de heroína para el tráfico ilícito. Esta situación anula no pocos de los esfuerzos desplegados para reprimir el abuso de las drogas y, como ha subrayado el Comité Central Permanente del Opio, sólo puede remediarse mediante una estrecha cooperación entre todos los organismos internacionales y nacionales interesados. Las deficiencias actuales del sistema de fiscalización internacional de estupefacientes se deben a la falta de interés, a la inexactitud de los informes sobre las situaciones locales y a la insuficiente solidaridad internacional.

El Comité ha tomado nota de las diferencias señaladas en el informe del Comité Central Permanente del Opio en lo que se refiere al lugar que ocupan los países clasificados según el consumo de estupefacientes como analgésicos y antitusivos. El estudio de los factores que pueden explicar esas diferencias hace pensar que uno de los más importantes es el criterio

¹ Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (1964) *Documentos Oficiales : 37º periodo de sesiones, 13 de julio - 15 de agosto de 1964. Suplemento N° 1 : Resoluciones* (documento E/3970), pág. 14.

² Naciones Unidas, Comité Central Permanente del Opio (1963) *Informe al Consejo Económico y Social sobre la actividad del Comité en 1963* (documento E/OB/19).

³ Naciones Unidas, Comité Central Permanente del Opio (1964) *Informe al Consejo Económico y Social sobre la actividad del Comité en 1964* (documento E/OB/20).

predominante en la práctica médica nacional. Parece ser que en ciertos países, para aliviar el dolor o la tos, se utilizan sustancias no sometidas al régimen de fiscalización de estupefacientes.

3. Convención única sobre estupefacientes de 1961

3.1 El Comité ha tomado nota de que el traspaso a la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas de las facultades que antes correspondían a la OMS para someter drogas a fiscalización internacional puede presentar en ocasiones un grave riesgo para la salud pública debido al lapso de tiempo que transcurre inevitablemente entre las recomendaciones de la OMS y las reuniones de la Comisión. En consecuencia, el Comité estima conveniente que se estudie la manera de reducir al mínimo ese retraso y de asegurar una rápida decisión de los gobiernos en relación con los dictámenes de la OMS sobre la necesidad de la fiscalización.¹

El Comité ha hecho observar además que habiendo entrado ya en vigor la Convención Única, podrían adoptarse ahora decisiones sobre algunas de sus recomendaciones² que no han sido examinadas todavía por la Comisión.

3.2 Teniendo en cuenta que en virtud del Artículo 38 de la Convención Única, las partes deben prestar especial atención a la creación de servicios para el tratamiento médico, la asistencia y la rehabilitación de los toxicómanos, el Comité estima que esa disposición ofrece una oportunidad excepcional para iniciar una cooperación planificada sobre todas las fuentes de información y de asistencia técnica en esta esfera. La OMS puede contribuir eficazmente a esa cooperación ya que ha subrayado repetidamente los aspectos sanitarios del problema y formulado recomendaciones precisas a través de sus comités de expertos, grupos de estudio y conferencias, especialmente en lo que se refiere a los programas de tratamiento, a la organización de seminarios regionales y a la formación de personal profesional especializado en esa materia.

4. Dependencia

4.1 Aceptación del nuevo término

El Comité ha tomado nota con satisfacción del eco generalmente favorable que ha encontrado la recomendación formulada en el 13º informe del Comité de Expertos de la OMS en Drogas Toxicomanígenas³ para sustituir las palabras toxicomanía y hábito por dependencia respecto de

¹ Véase la resolución WHA18.46.

² *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1964, 273, 8 (sección 3).

³ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1964, 273, 9.

un tipo u otro de drogas. Ahora bien, como existe todavía un cierto equívoco en torno a las intenciones del Comité, es importante aclarar la relación entre « abuso » y « dependencia » en el contexto de dicha recomendación.

Se entiende por abuso el consumo de una droga sin una necesidad médica o en cantidades innecesarias. La naturaleza y la importancia del abuso pueden considerarse desde dos puntos de vista : de un lado, la acción recíproca entre la droga y el individuo y de otro la influencia mutua entre el abuso de la droga y la sociedad. El primer punto de vista se refiere a la dependencia de la droga y al entrelazamiento de las acciones farmacodinámicas de ésta con el estado fisiológico y psicológico del individuo. El segundo, la influencia mutua entre el abuso de la droga y la sociedad, se refiere a la resultante de una amplia gama de condiciones ambientales, sociológicas y económicas.

Los individuos pueden caer en la dependencia respecto de una gran variedad de sustancias químicas que surten sobre el sistema nervioso central efectos que van desde la excitación a la depresión. Todas esas drogas tienen una propiedad común : la de ser capaces de inducir en ciertos individuos un estado de ánimo particular llamado « dependencia psíquica ».

Algunas drogas provocan también dependencia física, que es un estado de adaptación que se manifiesta por trastornos físicos intensos cuando la administración de la droga se suspende o cuando su acción se modifica por la administración de un antagonista específico.

Conviene insistir en que las expresiones « dependencia respecto de una droga » y « abuso de una droga » tal como las emplea el Comité tienen carácter general y no prejuzgan un grado concreto de peligrosidad para la salud pública ni la necesidad de un tipo particular de fiscalización.

El Comité señala de nuevo que la recomendación de utilizar las expresiones « abuso de las drogas » y « dependencia respecto de las drogas » de uno u otro tipo no deben considerarse como nuevas definiciones sino mas bien como expresiones descriptivas destinadas a aportar una mayor claridad en las referencias científicas, las discusiones entre especialistas de distintas disciplinas y los trabajos e intercambios en el plano nacional e internacional.

4.2 Características de los tipos de dependencia

De conformidad con la declaración formulada por el Comité de Expertos de la OMS en Drogas Toxicomanígenas en el anexo a su 13º informe¹ sobre la conveniencia de preparar una descripción ampliada de varios tipos de dependencia respecto de las drogas, se ha publicado un trabajo de esa índole² cuyo resumen figura a continuación :

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1964, 273, 15 (Anexo 1).

² Eddy, N. B., Halbach, H., Isabell, H. & Seevers, M. H. (1965) *Bull. Wld. Hlth Org.*, 32, 721.

« Se ha hecho imposible en la práctica y es científicamente erróneo mantener una sola definición para todas las formas de toxicomanía o de hábito. El rasgo común a todos esos estados y en general al abuso de las drogas es la dependencia psíquica, física o de ambos tipos, del individuo respecto de un agente químico. Por consiguiente, se conseguiría mayor claridad, especialmente en las discusiones entre especialistas de diversas disciplinas, empleando la expresión dependencia respecto de una droga de uno u otro tipo, según el agente o la clase de agentes de que se trate. Se han redactado descripciones breves, seguidas de una enumeración sucinta de sus características, para los diversos tipos de dependencia correspondientes a los principales grupos de sustancias que son hoy día objeto de un abuso generalizado. »

4.3 Evaluación

Teniendo en cuenta la diversidad de tipos de dependencia respecto de las drogas a la que acaba de aludirse es conveniente intensificar los esfuerzos encaminados a establecer técnicas de diagnóstico y evaluación de cada uno de esos tipos. Recientemente se han descrito con detalle diversos métodos de evaluación de la dependencia física.¹

En cuanto a la localización y la medición de la dependencia psíquica, está en curso un vasto programa de investigaciones basado en técnicas de autoadministración en animales. El estudio de las variaciones de la temperatura provocadas por las drogas en las ratas aportará tal vez un medio suplementario de localizar la tolerancia y la dependencia física. Se está estudiando la posibilidad de ensayar en la misma especie un nuevo método para la localización de la dependencia de tipo barbitúrico.

La atención que se presta actualmente al abuso de los barbitúricos, las anfetaminas y otras sustancias, así como a su represión, indica claramente la necesidad de encontrar medios para evaluar la capacidad de esos agentes para causar dependencia y abuso en las condiciones clínicas. Las técnicas actualmente disponibles con ese fin adolecen de graves deficiencias. Puede ser útil la exploración de los efectos subjetivos y objetivos de dosis superiores a las terapéuticas.

En cuanto a la dependencia de tipo cannábico, un estudio comparativo que se prosigue actualmente sobre la acción en el ser humano de principios identificados químicamente análogos a la cannabis y de la cannabis propiamente dicha, puede aumentar considerablemente nuestros conocimientos sobre ese tipo de dependencia.

¹ Grupo Científico de la OMS sobre Evaluación de las Drogas que causan Dependencia, *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1964, 287.

5. Relación entre la dependencia física y psíquica y el abuso de las drogas

5.1 Estudios recientes indican que ciertos antagonistas específicos de derivados opiáceos, a pesar de contrarrestar la dependencia física de tipo morfínico, pueden causar una dependencia física que les es propia y que se asemeja, aunque no es idéntica, a la de la morfina. Esos antagonistas surten efectos disfóricos desagradables, lo que parece excluir la dependencia psíquica y la probabilidad del abuso. Siempre que esos antagonistas presenten una actividad analgésica comprobada, la capacidad de causar dependencia física que puedan poseer no debe ser un obstáculo a su utilización clínica que se ve facilitada por el hecho de que no pueden dar lugar a abuso.

5.2 En cambio, en ciertos agentes clínicamente útiles que carecen de aptitud apreciable para provocar dependencia física se ha señalado una capacidad, al parecer importante, para causar dependencia psíquica. El uso clínico de esos agentes debe vigilarse cuidadosamente ya que la dependencia psíquica favorecería un abuso que podría exigir en último extremo medidas restrictivas.

6. Mezclas de estupefacientes sometidos a fiscalización con otros agentes terapéuticos

El Comité ha tomado nota de que esas combinaciones son muy numerosas y ha expresado la opinión de que, a priori, los ingredientes adicionales no modifican la capacidad del estupefaciente para causar abuso. Mientras no se demuestre lo contrario, la capacidad de una mezcla para producir abuso debe considerarse por lo menos igual a la del estupefaciente sometido a fiscalización que contiene.

7. Abuso y fiscalización de las drogas no incluidas en las convenciones internacionales

El Comité ha tomado nota de nuevo de que « el abuso de sedantes y estimulantes que no están considerados como estupefacientes a los efectos de clasificación internacional es cada vez más frecuente y se extiende como una verdadera epidemia, sobre todo entre los jóvenes de ciertos países ».¹ Varios Comités de Expertos de la OMS² han señalado repetidamente la

¹ Véase resolución WHA18.47.

² *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, **116**, 10 (secciones 9 y 10); 1958, **142**, 10 (sección 6); 1961, **211**, 9 (sección 2.2).

necesidad de una fiscalización más eficaz de los sedantes y estimulantes en el plano nacional. Persuadido, sin embargo, de que los esfuerzos nacionales son todavía muchas veces insuficientes, el Comité recomienda ahora las siguientes medidas con objeto de mejorar la situación :

- a) venta exclusivamente con receta, como ha recomendado repetidamente el Comité ;
- b) contabilización completa de todas las transacciones desde la producción a la distribución al por menor ;
- c) fabricación exclusivamente con licencia ;
- d) limitación del comercio a las personas autorizadas ;
- e) prohibición de poseer la droga sin autorización ; y
- f) establecimiento de un sistema de licencias de importación y de exportación.

El sistema sugerido para el comercio internacional supondría, sea la adopción simultánea en varios países de leyes con los mismos objetivos, sea la modificación de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961, como prevé su Artículo 47, sea la conclusión de una nueva convención internacional.

Aunque esta última recomendación puede dar la impresión de que se trataría de una fiscalización del mismo tipo que la aplicada a los estupefacientes, en realidad no lo es pues no prevé ninguna notificación a un organismo internacional ni ninguna fiscalización por un organismo de esa índole. Sin embargo, la eficacia de las medidas nacionales se verá seriamente comprometida si no se fiscaliza la entrada y salida de dichas sustancias a través de las fronteras del país.

El Comité considera que en su recomendación sobre la fiscalización, los términos « sedantes » y « estimulantes » deben incluir todas las drogas de las que se haya comprobado que causan dependencia y que se abusa de ellas por sus efectos sedantes o estimulantes sobre el sistema nervioso central, excepción hecha del alcohol y de los estupefacientes sometidos a fiscalización internacional.

8. Hoja de coca y cocaína

El Comité ha tomado nota de que, según el informe del Comité Central Permanente del Opio,¹ el consumo mundial de cocaína tiende constantemente a disminuir, lo que indudablemente se debe a la reducción de las necesidades médicas de cocaína como consecuencia de la sustitución de

¹ Naciones Unidas, Comité Central Permanente del Opio (1964) *Informe al Consejo Económico y Social sobre la Actividad del Comité en 1964* (documento E/OB/20).

esta sustancia por anestésicos sintéticos locales que no causan dependencia psíquica. El consumo mundial de cocaína se estabilizó hacia 1961, y en la misma época se observó un aumento del abuso de esa droga en ciertas regiones. Puesto que el uso médico de la cocaína está prácticamente abandonado, las posibilidades de abuso pueden reducirse fiscalizando el cultivo del arbusto de la coca. El Comité recomienda una fiscalización de ese tipo.

9. Cannabis

Como se ha señalado anteriormente, ya no existe la necesidad médica de utilizar la cannabis como tal. Cada vez hay más pruebas de que el tetrahidrocannabinol es el componente más importante de la cannabis desde el punto de vista farmacodinámico, y no es imposible que esta sustancia u otras afines, de origen natural o producidas sintéticamente, lleguen a tener alguna aplicación médica. Las investigaciones sobre la cannabis se facilitarán si todos los investigadores utilizan como patrón en sus métodos y en sus resultados una misma muestra, que ha sido preparada por el Laboratorio de Estupefacientes de las Naciones Unidas.

10. Inclusión de la dependencia y del abuso de las drogas en el programa de investigación de los efectos nocivos de los medicamentos

Informado de los programas nacionales e internacionales de investigación de los efectos nocivos de los medicamentos, el Comité propone que la dependencia y el abuso de las drogas se incluyan entre los efectos que deben investigarse. En la medida en que ese programa funcione eficazmente se obtendrán prontas indicaciones del abuso de las drogas, en particular de las nuevas, junto con datos para la identificación de las características de ese abuso. También se reunirá una valiosa información sobre la epidemiología y la distribución regional del abuso de las drogas y la dependencia de diferentes tipos.

11. Cuadros de asesores

Teniendo en cuenta la continua aparición de nuevos agentes capaces de causar dependencia, las modalidades variables del uso y del abuso de las drogas, y la evolución de la actitud hacia las personas que se encuentran en estado de dependencia y de los métodos de tratamiento, las autoridades responsables de la fiscalización de estupefacientes deben reconocer la necesidad de un asesoramiento técnico continuo, particularmente sobre los aspectos médicos. En algunos casos, las autoridades responsables de la

fiscalización obtienen ese asesoramiento estableciendo cuadros de especialistas independientes e imparciales. Tales cuadros también pueden ser útiles para realizar encuestas sobre la frecuencia de los casos de dependencia, sobre la eficacia de los programas de tratamiento y sobre las posibilidades de abuso que presentan las nuevas preparaciones.

El Comité aprueba ese sistema y recomienda que se utilice ampliamente siempre que sea posible.

12. Compilación y ordenación de informaciones sobre estupefacientes

El Comité ha quedado enterado de los progresos realizados hacia el logro del objetivo propugnado en anteriores informes¹ del Comité de Expertos de la OMS en Drogas Toxicomanígenas y que consiste en establecer un centro de información sobre todos los aspectos de la dependencia respecto de las drogas. Se están haciendo planes para la revisión en profundidad de los datos cifrados, para la redacción de resúmenes de los documentos importantes y para la conservación y recuperación mecánicas de la información. Este último servicio será capaz de facilitar bibliografías, resúmenes y reproducciones del material original.

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, **116**, 11 (sección 11); 1958, **142**, 11 (sección 9); 1959, **160**, 10 (sección 7), 14 (Anexo 2); 1962, **229**, 8 (sección 8); 1964, **273**, 12 (sección 8).

Anexo

LISTA DE LOS ESTUPEFACIENTES SOMETIDOS
A FISCALIZACION INTERNACIONAL ¹

Nombre común o denominación común internacional *	Nombre químico	Informe del Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas ²		Régimen de fiscalización	
		Nº	Referencia	Grupo	Convención
acetildihidrocodeína	acetildihidrocodeína	1	1949, 19, 30	II	1931
acetilmetadol *	3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano	1	1949, 19, 31	I	1931
alfacetilmetadol *	α-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano	4	1954, 76, 7	I	1931
alfameprodina *	α-3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	7	1957, 116, 8	I	1931
alfametadol *	α-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol	4	1954, 76, 7	I	1931
alfaprodina *	α-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	1	1949, 19, 30	I	1931
alilprodina *	3-alil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	10	1960, 118, 3	I	1931
anileridina *	éster etílico del ácido 1-(<i>p</i> -aminofenil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	7	1957, 116, 8	I	1931
bencetidina *	éster etílico del ácido 1-(2-benciloxietil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	10	1960, 188, 4	I	1931
bencilmorfina	3-bencilmorfina			I	1931
betacetilmetadol *	β-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano	4	1954, 76, 7	I	1931
betameprodina *	β-3-etil-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	3	1952, 57, 7	I	1931
betametadol *	β-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol	5	1955, 95, 8	I	1931
betaprodina *	β-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	1	1949, 19, 30	I	1931
cannabis	<i>Cannabis sativa</i> L.				1925
cetobemidona *	4- <i>m</i> -hidroxifenil-1-metil-4-propionilpiperidina	1	1949, 19, 30	I	1931
clonitaceno *	2- <i>p</i> -clorobencil-1-dietilamino-etil-5-nitrobencimidazol	1	1961, 211, 4	I	1931
coca (hoja de)					1925
cocaína	éster metílico de la benzoilecgonina			I	1931
codeína	3-metilmorfina			II	1931
desomorfina *	dihidrodeoximorfina			I	1931

* Denominación común internacional propuesta.

¹ Para detalles tales como los sinónimos de los nombres citados y la fecha en que cada droga ha quedado sometida a fiscalización internacional, véanse la lista multilingüe de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional (documento de las Naciones Unidas E/CN 7/439) y la lista de drogas sujetas a fiscalización internacional (publicada anualmente por la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas), respectivamente.

² Esta columna remite al lector, para el informe publicado en 1949, a *Official Records of the World Health Organization*, No. 19, del que no existe edición española; para los informes publicados de 1950 a 1954, a *World Health Organization: Technical Report Series*, de los que tampoco hay edición española; y para los publicados de 1955 a 1961, a *Organización Mundial de la Salud: Serie de Informes Técnicos*. De la totalidad de los informes citados existe edición francesa.

Nombre común o denominación común internacional *	Nombre químico	Informe del Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas ¹		Régimen de fiscalización	
		Nº	Referencia	Grupo	Convención
dextromoramida *	(+)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil]morfolina	8	1958, 142, 8	I	1931
diampromida *	N-[2-(metilfenetilamino)-propil]-propionanilida	11	1961, 211, 5	I	1931
dietiltiambuteno *	3-dietilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno	6	1956, 102, 11	I	1931
difenoxilato *	éster etílico del ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	11	1961, 211, 5	I	1931
dihidrocodeína	7,8-dihidrocodeína	1	1949, 19, 30	II	1931
dihidromorfina	7,8-dihidromorfina			I	1931
dihidromorfina (ésteres de la)				I	1931
dimefeptanol *	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol	1	1949, 19, 31	I	1931
dimenoxadol *	1-etoxi-1,1-difenilacetato de 2-dimetilaminoetilo	9	1959, 160, 9	I	1931
dimetiltiambuteno *	3-dimetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno	4	1954, 76, 9	I	1931
dioxafetilbutirato *	4-morfolino-2,2-difenilbutirato de etilo	6	1956, 102, 10	I	1931
dipipanona *	4,4-difenil-6-piperidin-3-heptanona	5	1955, 95, 9	I	1931
ecgonina	(-)-3-hidroxi-2-carboxitropano			I	1931
ecgonina (ésteres de la)				I	1931
etilmetiltiambuteno *	3-etilmetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno	4	1954, 76, 9	I	1931
etilmorfina	3-etilmorfina			II	1931
etonitaceno *	1-dietilaminoetil-2-p-etoxi-bencil-5-nitrobencimidazol	11	1961, 211, 7	I	1931
etoxeridina *	éster etílico del ácido 1-[2-(2-hidroxi-etoxi)-etil]-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	8	1958, 142, 9	I	1931
fenadoxona *	6-morfolino-4,4-difenil-3-heptanona	1	1949, 19, 31	I	1931
fenampromida *	N-(1-metil-2-piperidinetil)-propionanilida	11	1961, 211, 7	I	1931
fenazocina *	2'-hidroxi-5,9-dimetil-2-fenil-6,7-benzomorfinano	10	1960, 188, 5	I	1931
fenomorfinano *	3-hidroxi-N-fenetilmorfinano	6	1956, 102, 9	I	1931
fenoperidina *	éster etílico del ácido 1-(3-hidroxi-3-fenilpropil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	11	1961, 211, 8	I	1931
fentanil *	1-fenil-4-N-propionil-anilino-piperidina	13	1964, 273, 4	I	1931
folcodina *	morfoliniletilmorfina	3	1952, 57, 5	II	1931
furetidina *	éster etílico del ácido 1-(2-tetrahidrofurfuriloxietil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	10	1960, 188, 5	I	1931
heroína	diacetilmorfina			I	1931
hidrocodona *	dihidrocodeinona			I	1931
hidrocodona (ésteres de la)				I	1931

¹ Véase nota 2 de la pág. 14.

Nombre común o denominación común internacional *	Nombre químico	Informe del Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas ¹		Régimen de fiscalización	
		Nº	Referencia	Grupo	Convención
hidromorfinol *	14-hidroxi-dihidromorfina	11	1961, 211, 7	I	1931
hidromorfona *	dihidromorfinona				1925
hidromorfona (ésteres de la)					1925
hidroxipetidina *	éster etílico del ácido 4-(<i>m</i> -hidroxifenil)-1-metilpiperidin-4-carboxílico	1	1949, 19, 30	I	1931
isometadona *	6-dimetilamino-5-metil-4,4-difenil-3-hexanona	1	1949, 19, 31	I	1931
levofenacilmorfano *	(-)-3-hidroxi- <i>N</i> -fenacilmorfinano	10	1960, 188, 5	I	1931
levometorfano *	(-)-3-metoxi- <i>N</i> -metilmorfinano	3	1952, 57, 6	I	1931
levomoramida *	(-)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)butil]morfolina	8	1958, 142, 8	I	1931
levorfanol *	(-)-3-hidroxi- <i>N</i> -metilmorfinano	3	1952, 57, 6	I	1931
metadona *	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanona	1	1949, 19, 30	I	1931
metadona (intermediario de la)	4-ciano-2-dimetilamino-4,4-difenilbutano	12	1962, 229, 7	I	1931
metazocina *	2'-hidroxi-2,5,9-trimetil-6,7-benzomorfanol	10	1960, 188, 6	I	1931
metildesorfina *	6-metil- Δ^4 -deoximorfina	4	1954, 76, 6	I	1931
metildihidromorfina *	6-metildihidromorfina	5	1955, 95, 5	I	1931
metopón *	5-metildihidromorfinona	1	1949, 19, 30	I	1931
mirofina *	miristilbencilmorfina	5	1955, 95, 6	I	1931
moramida (intermediario de la)	ácido 2-metil-3-morfolino-1,1-difenilpropanocarboxílico	12	1962, 229, 7	I	1931
morferidina *	éster etílico del ácido 1-(2-morfolinoetil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	8	1958, 142, 8	I	1931
morfina				I	1931
morfina (derivados de nitrógeno pentavalente)				I	1931
morfina (ésteres de la)				I	1931
morfina (éteres de la)				I	1931
nicocodina *	6-nicotinilcodeína	12	1962, 229, 6	II	1931
nicomorfina *	3,6-dinicotinilmorfina	9	1959, 160, 4	I	1931
noracimetadol *	(\pm)- α -3-acetoxi-6-metilamino-4,4-difenilheptano	12	1962, 229, 5	I	1931
norcodeína *	<i>N</i> -demetilcodeína	9	1959, 160, 5	II ^a	1931
norlevorfanol *	(-)-3-hidroxi-morfinano	10	1960, 188, 6	I	1931
normetadona *	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-hexanona	5	1955, 95, 8	I	1931
normorfina *	demetilmorfina	9	1959, 160, 5	I	1931
norpipanona *	4,4-difenil-6-piperidino-3-hexanona	13	1964, 273, 4	I	1931
opio					1925
<i>N</i> -oxicodina				I	1931

¹ Véase nota 2 de la pág. 14.

² Sometido a este régimen de fiscalización por recomendación de la OMS.

Nombre común o denominación común internacional *	Nombre químico	Informe del Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas ¹		Régimen de fiscalización	
		Nº	Referencia	Grupo	Convención
oxicodona *	14-hidroxi-dihidrocodeína			I	1931
oxicodona (ésteres de la)				I	1931
N-oximorfina				I	1931
N-oximorfina (derivados de la)				I	1931
oximorfona *	14-hidroxi-dihidromorfina	5	1955, 95, 6	I	1931
petidina *	éster etílico del ácido 1-metil-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	1	1949, 19, 30	I	1931
petidina (intermediario A de la)	4-ciano-1-metil-4-fenilpiperidina	12	1962, 229, 7	I	1931
petidina (intermediario B de la)	éster etílico del ácido 4-fenilpiperidin-4-carboxílico	12	1962, 229, 7	I	1931
petidina (intermediario C de la)	ácido 1-metil-4-fenilpiperidin-4-carboxílico			I	1931
petidina (ésteres del intermediario C de la)		5	1955, 95, 9	I	1931
piminodina *	éster etílico del ácido 4-fenil-1-(3-fenilaminopropil)-piperidin-4-carboxílico	10	1960, 188, 7	I	1931
piritamida *	amida del ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(1-piperidino)piperidin-4-carboxílico	14	1965 ² , 312, 3	I	1931
proheptacina *	1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxiazacloheptano	6	1956, 102, 12	I	1931
properidina *	éster isopropílico del ácido 1-metil-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	5	1955, 95, 10	I	1931
racemotorfano *	(±)-3-metoxi-N-metil-morfinano	3	1952, 57, 7	I	1931
racemoramida *	(±)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil]morfolina	8	1958, 142, 8	I	1931
racemorfano *	(±)-3-hidroxi-N-metil-morfinano	3	1952, 57, 6	I	1931
tebacona *	acetildihidrocodeína			I	1931
tebaína	3,6-dimetil-8-dehidromorfina			I	1931
trimeperidina *	1,2,5-trimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	8	1958, 142, 9	I	1931

¹ Véase nota 2 de la pág. 14.

² A partir de este informe, el Comité ha cambiado su nombre por el de Comité de Expertos de la OMS en Drogas que causan Dependencia.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº	Informes recientes y en preparación :	Precio		
		s. d.	\$	Fr. s.
257	(1963) La formación del médico de familia 11º informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (42 páginas)	3/6	0,60	2,—
258	(1963) Comité de Expertos en Evaluación Médica del Estado de Nutrición Informe (75 páginas)	5/-	1,00	3,—
259	(1963) Comité de Expertos en Patrones Biológicos 15º informe (68 páginas)	3/6	0,60	2,—
260	(1963) Problemas de salud pública relacionados con el uso de antibióticos en los alimentos y en los piensos Informe de un Comité de Expertos (33 páginas)	1/9	0,30	1,—
261	(1963) Comité de Expertos en Estadística Sanitaria Octavo informe (37 páginas)	3/6	0,60	2,—
262	(1963) Comité de Expertos de la OMS en Infecciones Gonocócicas Primer informe (76 páginas)	5/-	1,00	3,—
263	(1963) Vacunas antisarampionosas Informe de un Grupo Científico de la OMS (41 páginas)	3/6	0,60	2,—
264	(1963) Segunda Conferencia Conjunta FAO/OMS sobre Aditivos Alimentarios Informe (12 páginas)	2/6	0,50	1,50
265	(1964) Resistencia a los insecticidas y lucha contra los vectores 13º informe del Comité de Expertos de la OMS en Insecticidas (242 páginas)	12/-	2,25	7,—
266	(1964) Aspectos sociales de la enseñanza de la obstetricia y la ginecología Cuarto informe del Comité de Expertos de la OMS en Higiene Maternoinfantil (25 páginas)	1/9	0,30	1,—
267	(1964) La medicina general Informe de un Comité de Expertos de la OMS (26 páginas)	1/9	0,30	1,—
268	(1964) Genética de los vectores y resistencia a los insecticidas Informe de un Grupo Científico de la OMS (45 páginas)	3/6	0,60	2,—
269	(1964) Medios de estimular el interés del médico por la medicina preventiva 12º informe del Comité de Expertos de la OMS en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (25 páginas)	1/9	0,30	1,—
270	(1964) La rehabilitación en las enfermedades cardiovasculares Informe de un Comité de Expertos de la OMS (49 páginas)	3/6	0,60	2,—
271	(1964) Contaminantes de la atmósfera Informe de un Comité de Expertos de la OMS (20 páginas)	1/9	0,30	1,—
272	(1964) Comité de Expertos de la OMS en Paludismo Décimo informe (55 páginas)	3/6	0,60	2,—
273	(1964) Comité de Expertos de la OMS en Drogas Toxicomanígenas 13º informe (21 páginas)	1/9	0,30	1,—
274	(1964) Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos 16º informe (96 páginas)	5/-	1,00	3,—
275	(1964) Los trastornos psicósomáticos 13º informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental (30 páginas)	1/9	0,30	1,—