



CÉDULA DE SUPERVISIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES CON MODELO DE AYUDA MUTUA V 3.7.1 2021

ID: _____

Visita: _____

Número de Reconocimiento CONADIC: _____

Fecha: _____

Hora de Inicio: _____ Término: _____

Supervisor 1: _____

Supervisor 2: _____

Supervisor 3: _____

I. IDENTIFICACIÓN

I.1 Nombre Legal: _____

I.2 Nombre comercial: _____

I.3 Nombre del representante legal: _____

I.4 Nombre del director: _____

I.5 CLUNI o CLUES: _____

I.6 Domicilio Establecimiento Residencial:

Calle y número: _____ Cruza con: _____

Colonia/Población: _____ Delegación/Municipio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

I.7 Nombre del entrevistado: _____

I.8 Cargo del entrevistado: _____

¿Cuál? _____

II. CARACTERÍSTICAS

II.1 Tipo de institución: _____

II.1.1 Institución Pública, depende del: _____ ¿Cuál? _____

II.1.2 Institución Privada: _____ ¿Cuál? _____

II.2 Tipo de ingreso: Voluntario Involuntario Obligatorio

II.3 Tipo de población que atiende: _____

II.4 Categorías por edad: Menores de 12 años (Niños) 12-17 años (Adolescentes) 18-59 años (Adultos) 60 y + (Adultos mayores)

II.5 Atiende personas con/en: Discapacidad Conflicto con la ley VIH VHC Situación de calle Migrantes

Otro ¿Cuál? _____

II.6 ¿Cuál es el modelo teórico que sustenta el tratamiento del establecimiento?

II.7 Fecha de inicio de operaciones del establecimiento: _____

II.8 Tipo de adicción que atiende: Alcohol Cocaína Inhalantes Marihuana Metanfetamina Opiáceos Tabaco Otras Drogas

Adicción a otras drogas ¿Cuáles? _____

II.9 El establecimiento deriva a los pacientes en condiciones de urgencia : _____ ¿Cuáles? _____

II.10 El establecimiento brinda servicios de sustitución de opiáceos: _____

II.11 ¿El establecimiento tiene costo?: _____

II.11.1 ¿Aplican estudio socioeconómico?: _____

II.11.2 Costo total del tratamiento: _____

Observaciones: _____

II.12 Duración del tratamiento: _____ ¿Cuánto tiempo? _____

II.13 Capacidad instalada del establecimiento/camas ocupadas

Categorías por edad		Capacidad instalada:	Numero de camas ocupadas actualmente:
Hombres	Niños	_____	_____
	Adolescentes	_____	_____
	Adultos	_____	_____
	Adultos mayores	_____	_____
		0	0



Mujeres	Niñas		
	Adolescentes		
	Adultas		
	Adultas mayores		
	TOTAL:	0	0

II.14 El establecimiento lleva a cabo seguimientos de los usuarios : _____

II.14.1 Tipo de seguimiento de los Usuarios: Telefónico Presencial Correo Electronico Por referencia de terceros

Otro ¿Cuál? _____

II.14.2 Periodos de seguimiento de casos: Al Mes A los tres meses A los seis meses A los nueve meses A los 12 meses A los 24 meses

Otro ¿Cuál? _____

II.15 Ha participado con la CECA en actividades de: Capacitación Profesionalización

Otro ¿Cuál? _____

1. INFRAESTRUCTURA

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
1.1	Cuenta con el PLANO ARQUITECTÓNICO o croquis del establecimiento (distribución del espacio físico interno).	1.1.1 Verificar la existencia del plano arquitectónico o croquis de ingreso que concuerde con la distribución actual del establecimiento. Debe incluir distribución de extintores y señalizaciones. Evidencia: Plano arquitectónico (impreso y visible) actualizado.		
1.2	Área de RECEPCIÓN-INFORMACIÓN, SALA DE ESPERA.	1.2.1 Verificar la existencia de un área donde se reciba e informe a usuarios y familiares. Evidencia: El área deberá utilizarse para las labores de recepción e información a usuarios. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.2.2 Verificar la existencia de baños para usuarios y familiares. Evidencia: Baño en recepción. Fuente: Observación del supervisor.		
1.3	ÁREA para CONSEJERÍA INDIVIDUAL.	1.3.1 Verificar la existencia de un área para consejería individual. Evidencia: El área deberá ser utilizada para labores de consejería o psicoterapia individual. Fuente: Observación del supervisor		
1.4	ÁREA para CONSEJERÍA GRUPAL.	1.4.1 Verificar la existencia de un área para consejería grupal y/o familiar. Evidencia: El área deberá ser utilizada para sesiones grupales. Fuente: Observación del supervisor.		
1.5	Espacio físico para GUARDA DE EXPEDIENTES clínicos.	1.5.1 Verificar la existencia de un espacio físico para guardar los expedientes clínicos de los usuarios, con acceso restringido. Evidencia: Mueble, archivero, con los expedientes organizados de acuerdo a alguna clasificación interna que permita su fácil localización, ejemplos: por nombre, por folio, por fecha de ingreso, por ingresos recientes y egresos, etc. Fuente: Observación del supervisor.		
1.6	DORMITORIOS.	1.6.1 Verificar un área EXCLUSIVA para que los usuarios duerman. Evidencia: Área de dormitorio(s) exclusiva. Fuente: Observación del supervisor, entrevistas a usuarios.		
		1.6.2 Verificar que en los dormitorios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.6.3 Verificar que los dormitorios se encuentren visiblemente SEPARADOS y SEÑALIZADOS, ya sea por sexo y/o por grupo etario cuando estas variables apliquen. Evidencia: Dormitorios separados para los grupos correspondientes. Fuente: Observación del supervisor y entrevistas a usuarios.		



		<p>1.6.4 Verificar que el número de camas sean SUFICIENTES, ya sea por sexo y/o grupo etario cuando estas variables apliquen. Evidencia: Camas suficientes para los grupos correspondientes. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.6.5 Verificar que el espacio entre las camas tenga un mínimo de 40 cm. de separación. Evidencia: Espacio mínimo de 40 cm. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.6.6 Verificar la existencia de espacios individuales para guardar objetos personales de acuerdo a la capacidad instalada del centro. Evidencia: Los espacios individuales deberán coincidir con la capacidad instalada del centro. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
1.7	SANITARIOS.	<p>1.7.1 Verificar que en los sanitarios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.7.2 Verificar que los sanitarios se encuentren visiblemente SEPARADOS y SEÑALIZADOS para su uso por hombres y para mujeres cuando aplique. Evidencia: Sanitarios visiblemente separados. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.7.3 Verificar que los sanitarios sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Un sanitario por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
1.8	REGADERAS	<p>1.8.1 Verificar que en las regaderas existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.8.2 Verificar que las regaderas se encuentren visiblemente SEPARADAS y SEÑALIZADAS para su uso por hombres y para mujeres cuando aplique. Evidencia: Regaderas visiblemente separadas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.8.3 Verificar que las regaderas sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Una regadera por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
1.9	TINACO Y/O CISTERNA	<p>1.9.1 Verificar que el tinaco y/o cisterna se encuentren con tapa hermética y en buenas condiciones de limpieza. Evidencia: Verificar la existencia de tinaco y/o cisterna con tapa hermética y bitácora de limpieza. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
1.10	Área de COCINA.	<p>1.10.1 Verificar la existencia de un área exclusiva para preparar los alimentos sin leña, o en su defecto contar con estufas ecológicas. Evidencia: El área deberá utilizarse exclusivamente para la preparación de alimentos. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
1.11	Área de COMEDOR	<p>1.11.1 Verificar la existencia de un área de comedor. Evidencia: El área deberá ser utilizada para servir y consumir los alimentos. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
1.12	Área de ACTIVIDADES RECREATIVAS.	<p>1.12.1 Verificar la existencia de un área destinada a actividades recreativas. Evidencia: El área deberá ser utilizada por los internos para realizar actividades de recreación. Fuente: Observación del supervisor.</p>		



1.13	ÁREA DE RESGUARDO Y CONTROL DE MEDICAMENTOS con acceso restringido a usuarios	1.13.1 Verificar la existencia de un área exclusiva para resguardo de medicamentos con acceso restringido y limitado al responsable de ministrar los medicamentos. Evidencia: Área o mobiliario exclusivo para la guarda de medicamentos, observar el uso de restricciones, tales como: candados, seguros o cerrojos, además deberá contar con recetas que avalen la prescripción médica y/o integración en las notas médicas del expediente. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.13.2 Verificar que los medicamentos tengan una fecha de caducidad vigente y que no se encuentren fuera de sus empaques originales. Evidencia: Todos los medicamentos tienen una fecha de caducidad vigente. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.13.3 Verificar la existencia y el llenado de una bitácora de ministración de medicamentos en la que se especifique la fecha y hora del medicamento indicado, dosis y presentación, nombre de usuario, número de expediente, nombre y firma de quien ministra, y nombre y firma y/o huella del usuario. Evidencia: Registros en la bitácora de ministración. Fuente: Bitácora y observación del supervisor.		
1.14	EXTINTORES para casos de emergencia.	1.14.1 Verificar la existencia de extintores con fecha de caducidad vigente. Evidencia: Extintores vigentes. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.14.2 Verificar que el número de extintores corresponda con la amplitud de las instalaciones. Evidencia: Un extintor por cada 300m ² de superficie o fracción, a 1.5m de altura desde el nivel del piso. Fuente: Observación del supervisor.		
1.15	SEÑALIZACIONES de seguridad.	1.15.1 Observar que los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación. Evidencia: Señalamientos claros y visibles. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.15.2 Verificar que existen áreas de seguridad debidamente señalizadas. Evidencia: Verificar el área destinada para resguardo en caso de incendios, sismos, terremotos o inundaciones con señalamientos claros y visibles. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.15.3 Verificar que existe una ruta de evacuación y salida de emergencia debidamente señalizada y sin obstáculos. Evidencia: Verificar la ruta de evacuación y salida de emergencia para casos de incendios, sismos, terremotos o inundaciones con señalamientos claros y visibles. Fuente: Observación del supervisor.		
1.16	BOTIQUÍN de primeros auxilios.	1.16.1 Revisar la existencia de un botiquín vigente accesible en el área de internamiento que cuente con: Antisépticos: yodo, clorhexidina, suero o solución salina, jabón. Material de curación: gasas, compresas, apósitos, aplicadores, algodón, abatelenguas, vendas elásticas, guantes de látex. Evidencia: Botiquín vigente en área de internamiento que contenga obligatoriamente dos materiales antisépticos y dos de curación. Fuente Observación del supervisor.		
1.17	Señalización de Espacio Libre de Humo de Tabaco.	1.17.1 Observar si existe la señalización de Espacio Libre de Humo de Tabaco.		

CONDICIÓN FÍSICA DEL ESTABLECIMIENTO

No.	AREA	Funcionalidad/ integral	Limpieza	Ventilación	Libre de fauna	TOTAL	Observaciones
		0=Mala, 1=Regular, 2=Buena, 3=Muy Buena. Dejar en blanco si no cuenta con el área.					



1.18	Recepción					0.0	
1.19	Espacio de medicamentos					0.0	
1.20	Área de consejería/terapia Individual					0.0	
1.21	Área de terapia grupal					0.0	
1.22	Dormitorios					0.0	
1.23	Cobijas y colchones de dormitorios					0.0	
1.24	Comedor					0.0	
1.25	Cocina					0.0	
1.26	Área de actividades recreativas					0.0	
1.27	Sanitarios					0.0	
1.28	Regaderas					0.0	
PROMEDIO		#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!		

INFRAESTRUCTURA	Puntuación (Máx. 86 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 35%)	0%

2. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
2.1	La ALIMENTACIÓN suministrada a los usuarios es balanceada, de buen aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo con el estado de salud del usuario.	2.1.1 Comprobar la existencia de menús alimentarios SEMANALES BALANCEADOS y de acuerdo al estado de salud de los usuarios. Evidencia: Ver los menús firmados y avalados por un profesional en nutrición.		
		2.1.2 Verificar que los alimentos del día de la visita correspondan con lo señalado en el menú alimentario. Evidencia: Los insumos o alimentos preparados corresponden con lo señalado en el menú alimentario. Fuente: Personal de establecimiento, observación del supervisor y entrevistas a usuarios. Nota: En caso de que no exista concordancia con lo observado en el menú, verificar que se esté brindando algún equivalente nutricional (Consultar la Guía de Alimentos para la población mexicana) y se marcará como "Cumple" con su respectiva observación.		
		2.1.3 Comprobar la existencia de utensilios higiénicos adecuados para la elaboración y consumo de los alimentos. Evidencia: Observar los utensilios para la preparación de alimentos y verificar su limpieza y funcionalidad.		
		2.1.4 Comprobar el buen aspecto de los productos para la elaboración de los alimentos. Evidencia: Alimentos higiénicos en buen estado, no caducos o descompuestos. Fuente: Observación del supervisor y entrevistas a usuarios.		



	<p>2.1.5 Comprobar la cantidad suficiente de los productos para la elaboración de los alimentos. Evidencia: Corroborar que la cantidad de alimentos y/o productos sea suficiente para el número de internos observado/reportado. Fuente: Observación del supervisor y entrevistas a usuarios.</p>		
	<p>2.1.6 Comprobar que los alimentos se encuentran debidamente resguardados para evitar su contaminación. Evidencia: Observar anaqueles, tarimas, entrepaños o cualquier superficie limpia para contener los alimentos y evitar su contaminación alejándolos del piso. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
	<p>2.1.7 Verificar que exista un refrigerador en funcionamiento con regulador de temperatura para garantizar la conservación de los alimentos. Evidencia: Observar refrigerador en funcionamiento Fuente: Observación del supervisor.</p>		

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN	Puntuación (Máx. 12 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 5%)	0%

3. ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
3.1	Cuenta con AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y/O LICENCIA SANITARIA	3.1.1 Verificar la existencia del documento que concuerde con el domicilio del establecimiento. Evidencia: Aviso de Funcionamiento.		
3.2	Cuenta con RESPONSABLE LEGAL.	3.2.1. Verificar la existencia de un documento donde haga constar el nombre del responsable legal del establecimiento. Evidencia: Acta Constitutiva. Válido si pertenece a una red. PÚBLICO no debe mostrarla.		
3.3	Clave Única de Organizaciones (CLUNI) o CLUES.	3.3.1 Verificar la existencia de la CLUNI que concuerde con el nombre y dirección actuales del establecimiento (establecimientos PÚBLICOS no cuentan con CLUNI, tienen una CLUES que no requieren presentar). Evidencia: Impresión de la página de la Comisión de Fomento de las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil en la cual aparezca el número de CLUNI. Válida si pertenece a una red.		
3.4	Cuenta con Registro Federal de Contribuyentes (RFC).	3.4.1 Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y dirección actuales del establecimiento. Evidencia: RFC válido si pertenece a una red.		
3.5	MANUAL DE ORGANIZACIÓN	3.5.1 Verificar la existencia del manual de organización del establecimiento que contenga los siguientes elementos: a) introducción; b) objetivo; c) antecedentes históricos; d) marco jurídico o administrativo; e) misión y visión; f) organigrama; g) descripción de funciones del personal; h) anexos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.		



3.6	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.	3.6.1 Verificar la existencia del manual de procedimientos que contenga los siguientes elementos: a) Introducción; b) Propósito; c) Marco jurídico-Administrativo; d) Descripción del Modelo de tratamiento; e) Procedimientos: 1.Ingreso (valoración/evaluación del usuario); 2) Tratamiento (Intervención individual, grupal y/o familiar; manejo médico; estrategias y componentes por sexo y/o grupo etario); 3. Cierre y/o egreso; 4. Seguimiento. f) Materiales, cronograma de actividades y Anexos. Avalado por la CECA Evidencia: Documento escrito que contenga los puntos señalados anteriormente y cuente con el aval de la CECA.		
3.7	Cuenta con un DIRECTORIO del establecimiento.	3.7.1 Verificar la existencia de un directorio del personal encargado del establecimiento con nombre y cargo actualizados, visible al público en general. Fuente: Personal del establecimiento.		
3.8	Existe en el área de admisión un cartel con los DERECHOS de los usuarios.	3.8.1 Verificar la existencia del cartel con los derechos de los usuarios. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a usuarios y familiares.		
3.9	Cuenta con los CRITERIOS DE EXCLUSIÓN sobre padecimientos que no pueden atender en lugar visible.	3.9.1 Verificar la existencia de los criterios de exclusión sobre padecimientos que no se pueden atender. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible al público en general. Fuente: Personal del establecimiento.		
		3.9.2 Comprobar si los criterios de exclusión del establecimiento concuerdan con lo observado al interior del establecimiento. Evidencia: Observar que en el centro no se encuentren usuarios que cumplan con algún criterio de exclusión. Fuente: Observación del supervisor, nota de ingreso, entrevista, etc.		
		3.9.3 Verificar que el establecimiento no admite usuarios con condiciones psiquiátricas primarias al consumo de sustancias. Evidencia: Durante el recorrido, en la revisión de expedientes y en las entrevistas, no se encuentran usuarios con condiciones psiquiátricas. Fuente: Observación del supervisor.		
3.10	Notifica mensualmente al SISVEA los casos atendidos.	3.10.1 Verificar la existencia de notificaciones al SISVEA enviadas y selladas/firmadas. Evidencia: Notificaciones impresas, selladas y/o firmadas de recibido de los últimos dos meses previos a la visita. Fuente: Personal del establecimiento.		
3.11	Lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de los usuarios, por escrito, validados por PROTECCIÓN CIVIL.	3.11.1 Verificar la existencia de un programa interno validado por Protección Civil o Dictamen. Evidencia: Documento escrito oficializado vigente, firmado por el responsable de protección civil y con nombre y dirección del establecimiento.		
3.12	Control y erradicación contra fauna nociva.	3.12.1. Verificar la existencia de un certificado de fumigación, por empresa con registro autorizado. Evidencia: Documento vigente, no mayor a 3 meses. Fuente: Personal del establecimiento.		
		3.12.2 Verificar la existencia de un cronograma de fumigación. Evidencia: Documento. Fuente: Personal del establecimiento.		

ORGANIZACIÓN	Puntuación (Máx. 31 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 13%)	0%



4. RECURSOS HUMANOS

4.1 Personal que labora en el establecimiento:

No.	Nombre:	Puesto	Horas Semana	Certificado de Competencia Laboral* (Sí o No)	Observaciones
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

*En caso de que el Consejero esté certificado en el PROCER, verificar el Certificado de Competencia Laboral en el Estándar de Competencias EC0548.

Número Total de Trabajadores **0**

Número de Certificados **0**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
4.2	Si el RESPONSABLE del establecimiento es adicto en recuperación, demostrar dos años como mínimo de ABSTINENCIA en el consumo de sustancias psicoactivas.	4.2.1 Verificar la existencia de pruebas negativas de detección de metabolitos en orina o saliva, que avale la abstinencia de al menos 6 meses y será una prueba de 5 elementos. Evidencia: Pruebas de laboratorio de 5 elementos de no más de 6 meses.		



4.3	CONSEJERO Y/O PADRINO tenga dos años como mínimo de ABSTINENCIA en el consumo de sustancias psicoactivas.	4.3.1 Verificar la existencia de pruebas negativas de detección de metabolitos en orina o saliva, que avale la abstinencia de al menos 6 meses y será una prueba de 5 elementos en aquéllos consejeros que brindan atención a usuarios. Evidencia: Pruebas de laboratorio de 5 elementos de al menos 6 meses y directorio o plantilla de personal que labora en el centro.		
4.4	El PERSONAL que implementa el modelo de tratamiento ha recibido CAPACITACIÓN.	4.4.1 Verificar que los consejeros/padrinos que brindan el modelo de intervención ha recibido capacitación en materia de adicciones. Evidencia: Documento oficial (certificado, constancia y/o diploma que sea emitida por alguna institución de salud, Comisión Estatal contra las Adicciones (CECA), universidad, Instituto) que avale estudios de: consejería en adicciones, cursos básicos en adicciones. En caso de estudios terminados: historia académica, título o cédula de los mismos. Se requieren dos documentos oficiales que avalen su capacitación en los últimos 3 años.		
		4.4.2 Verificar la existencia de al menos un consejero en adicciones certificado en el "Estándar de Competencias EC0548 Consejería en Adicciones" Evidencia: certificado oficial expedido por CONADIC. NO APLICA Fuente: Personal del establecimiento.	2	Este reactivo no será considerado dentro de la presente supervisión, ni contará en el puntaje final obtenido
4.5	El PERSONAL es SUFICIENTE para proporcionar consejería a los usuarios de manera semanal.	4.5.1 Verificar que el número de consejeros/padrinos es suficiente para llevar a cabo sesiones grupales. Tomando como criterio que debe existir un consejero por cada grupo conformado por 8 a 12 personas. Evidencia: cronograma de actividades, organigrama, manual de procedimientos. Fuente: Personal del establecimiento.		
4.6	El establecimiento cuenta con un CÓDIGO DE ÉTICA y CONDUCTA.	4.6.1 Verificar la existencia de un cartel de ética y conducta para los consejeros y padrinos que laboran en el establecimiento. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a usuarios y familiares. Evidencia: Documento escrito.		
4.7	El establecimiento cuenta con PERSONAL CAPACITADO para atender casos de EMERGENCIA	4.7.1 Verificar que al menos una persona, que labore en el establecimiento, se encuentre capacitada en primeros auxilios (la persona capacitada deberá estar de planta en el establecimiento, de lo contrario se deberá contar con las personas capacitadas suficientes para cubrir todos los turnos). Evidencia: Constancia, diploma, certificación. Fuente: Personal del establecimiento.		
		4.7.2 Verificar que la persona capacitada en primeros auxilios se encuentre en el establecimiento al momento de la visita. Evidencia: Observar si en el centro se encuentra la persona capacitada en primeros auxilios. Fuente: Observación del supervisor.		
4.8	Capacitación del personal en Protección Civil y manejo de extintores	4.8.1 Verificar que exista un responsable de protección civil que haya tomado cursos de seguridad y protección civil. Evidencia: Constancia, diploma, certificación, de al menos una persona en los últimos 5 años. El responsable de protección civil deberá estar presente al momento de la visita. Fuente: Personal del establecimiento.		
		4.8.2 Verificar documento oficial que avale la capacitación para el manejo de los extintores. Evidencia: Documento escrito oficializado, puede estar dirigido al centro o a alguno de los responsables y ser de una empresa privada. Fuente: Personal del establecimiento.		

RECURSOS HUMANOS	Puntuación (Máx. 18 pts.)	1
	Porcentaje (Máx. 7%)	0%



5. MODELO DE TRATAMIENTO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.1	Cuenta con Descripción del MODELO DE TRATAMIENTO.	5.1.1 Verificar documento por escrito que contenga descripción general y las bases que fundamentan el modelo de tratamiento (por ejemplo: ayuda mutua, cognitivo-conductual, comunidad terapéutica, doce pasos, farmacológico, humanista, Minnesota, psicodinámico, entre otros). Evidencia: Descripción del Modelo de tratamiento en el manual de procedimientos.		
5.2	Cuenta con REGLAMENTO INTERNO.	5.2.1 Verificar la existencia del reglamento oficializado. Evidencia: Reglamento oficializado visible. Fuente: Personal del establecimiento.		
		5.2.2 El reglamento: Establece la puntualidad del usuario a sus sesiones; que se evita completamente el maltrato físico entre los usuarios; señala que se evita el empleo de palabras altisonantes entre los usuarios; establece los horarios de visita de los familiares y según el caso, tiempo a partir del cual se permitirán dichas visitas. Evidencia: Documento escrito.		

MODELO DE ATENCIÓN

Puntuación (Máx. 9 pts.) **0**

Porcentaje (Máx. 4%) **0%**

6. PROCESO DE LA ATENCIÓN

6.1 INGRESO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.1.1	REGISTRO DE INGRESOS.	6.1.1.1 Verificar el registro de ingresos con los siguientes puntos: fecha de ingreso, datos generales del usuario (nombre, edad, sexo), tipo de ingreso, nombre del familiar, tutor o representante legal que lo acompañó, alguna dirección y teléfono para avisos. Evidencia: Registro de ingresos físico o electrónico, con todos los puntos señalados anteriormente.		
		6.1.1.2 Comprobar que el número de usuarios internos en el centro es consistente con lo reportado en el registro de ingresos. Evidencia: Observar que el número de usuarios concuerde con el registro/bitácora de ingresos. Fuente: Observación del supervisor.		
6.1.2	HOJA DE INGRESO	6.1.2.1 Verificar en el expediente hojas de ingreso o reingreso. El documento deberá contener: fecha y hora en la que se emitió, datos generales del usuario (nombre, sexo, edad), motivo de consulta, descripción general del estado de salud, datos del familiar/representante legal, nombre y firma del responsable/personal del centro. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.		
6.1.3	Inscripción de los usuarios a un Servicio de Salud	6.1.3.1 Verificar la existencia del documento de inscripción a un Servicio de Salud (IMSS, ISSSTE, INSABI). Evidencia: Revisión de documento en expediente. Fuente: Personal del establecimiento.		



6.1.4	EVALUACIÓN-PRESELECCIÓN	6.1.4.1 Verificar que el centro realiza una evaluación de preselección para determinar si el usuario es candidato al tratamiento. Evidencia: Expediente del usuario (instrumentos, hoja de ingreso, entrevista, etc.) Fuente: Expediente.		
6.1.5	INGRESO VOLUNTARIO Carta de consentimiento informado según el caso: a) Menores de edad; b) Menores de edad en situación de abandono; c) Adultos.	6.1.5.1 Verificar al azar en 3 expedientes las solicitudes por escrito de los usuarios donde se hace constar el motivo de la solicitud (consentimiento informado firmado por el usuario). El documento deberá contener: título del documento, nombre del establecimiento, lugar y fecha en que se emitió, acto autorizado (autorización del servicio brindado), señalamiento de los riesgos y beneficios, nombre completo y firma del usuario, nombre completo y firma del responsable o encargado, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		
		6.1.5.2 En caso de menores de edad, verificar el consentimiento por escrito de los padres, representante legal o tutor. El documento deberá contener: título del documento, nombre del establecimiento, lugar y fecha en que se emitió, acto autorizado (autorización del servicio brindado), señalamiento de los riesgos y beneficios, nombre completo y firma del padre/tutor, nombre completo y firma del responsable o encargado, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente.		
		6.1.5.3 En caso de que el menor de entre 16 y 17 años se encuentre en situación de abandono, verificar los avisos al Ministerio Público o a la autoridad legal competente, firmados y/o sellados de recibido. Evidencia: Documento escrito que deberá contener: nombre del establecimiento, fecha de elaboración, datos generales del usuario (nombre completo, edad, sexo), acto notificado, datos de la agencia del ministerio público a la que se notifica (o autoridad legal correspondiente), nombre completo y firma del responsable que realiza la notificación, hoja de lesiones. Fuente: Expediente.		
6.1.6	INGRESO Estrictamente VOLUNTARIO	6.1.6.1 Verificar que el ingreso y permanencia en el establecimiento sea estrictamente voluntario. Evidencia: El establecimiento atiende únicamente ingresos voluntarios. Fuente: Personal del establecimiento, expediente y entrevistas a usuarios.		
6.1.7	INGRESO OBLIGATORIO.	6.1.7.1 Verificar la solicitud de la autoridad legal competente. Evidencia: Documento escrito donde se señale la indicación del juez o autoridad legal competente para que el usuario reciba tratamiento en adiciones. Si no se cuenta con Reconocimiento Previo de CONADIC será no Cumple y si cuenta con reconocimiento previo y tiene ingresos obligatorios cumple, y si fue reconocido y no cuenta con ingresos obligatorios, no aplica Fuente: Personal del establecimiento.		

6.2 DURANTE LA VALORACIÓN EL ESTABLECIMIENTO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		



6.2.1	REVISIÓN FÍSICA	<p>6.2.1.1 Comprobar que al ingreso del usuario se realiza una revisión física de éste por personal del establecimiento, del mismo sexo, en presencia de un testigo para detectar golpes o heridas. Evidencia: Nota de la revisión física con la fecha, nombre, edad, sexo y condiciones físicas generales del usuario, nombre y firma del personal que realiza la revisión y nombre y firma del testigo. Fuente: Expediente.</p>		
6.2.2	VALORACIÓN MÉDICA	<p>6.2.2.1 Comprobar que el establecimiento lleva a cabo valoraciones médicas del usuario no mayor a 48 horas después del ingreso al establecimiento. Evidencia: Notas médicas con la fecha de realización, datos generales del usuario y descripción de su estado de salud, nombre, firma y cédula profesional del médico. Fuente: Expediente, registro de ingresos y entrevistas a usuarios.</p>		
6.2.3	Carta compromiso de CONTINUIDAD del tratamiento médico.	<p>6.2.3.1 Verificar la existencia de una carta compromiso que enuncie administrar los medicamentos en las dosis y horarios prescritos, pudiendo ser interrumpidos previa valoración médica, en el expediente clínico. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		
6.2.4	No aceptación de usuarios con Intoxicación Aguda.	<p>6.2.4.1 Verificar que el establecimiento no realiza procedimientos de desintoxicación o manejo de supresión. Evidencia: El establecimiento atiende usuarios previamente estabilizados. Fuente: Personal del establecimiento, expediente y entrevistas a usuarios.</p>		
6.2.5	Derivación en caso de intoxicación.	<p>6.2.5.1 Verificar la existencia de una nota de derivación de pacientes que acudan al establecimiento intoxicados o con síndrome de abstinencia a servicios profesionales de atención. Evidencia: Notas de derivación con los datos generales del establecimiento que refiere, datos del establecimiento receptor, motivo de referencia, nombre completo del usuario, nombre y firma del familiar responsable y nombre y firma del responsable del establecimiento que realiza la derivación. Fuente: Expediente y entrevistas a usuarios.</p>		
6.2.6	Formatos de transparencia de COSTOS.	<p>6.2.6.1 Verificar la existencia de un escrito donde se detalle con claridad los costos directos o indirectos de los servicios firmados por el usuario y/o familiar o representante legal. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.2.6.2 Verificar la existencia de un control de los pagos por servicios. Evidencia: Documento escrito firmado por el usuario y/o familiar o representante legal, donde se detalle el monto pagado por los servicios recibidos. Serán válidos notas o recibos de pago, hojas de remisión, bitácora de pagos. Fuente: Expediente.</p>		
6.2.7	Formatos de CONFIDENCIALIDAD.	<p>6.2.7.1 Verificar que el centro implementa una carta compromiso por parte del establecimiento donde se asegure que toda información proporcionada por el familiar o el usuario se manejará bajo la Ley de Protección de Datos Personales. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.2.7.2 Verificar que el centro implementa una carta compromiso por parte del establecimiento donde enuncia que no se podrá llevar a cabo grabaciones de audio, video o fotografías, sin explicar su finalidad y previo consentimiento informado, firmado por el usuario y/o familiar o representante legal. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		



6.2.8	Notas de interconsulta (De casos que requieren servicios médicos especializados, incluyendo casos de Embarazo de Alto Riesgo).	6.2.8.1 Verificar las notas de interconsulta (en caso de que aplique) correspondientes que deberán contener los siguientes puntos: fecha y hora en que se otorga el servicio, datos generales del usuario, signos vitales, motivo de la atención, resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso, descripción de la condición del embarazo (si es el caso) y la prescripción de medicamentos, resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se hayan solicitado, diagnósticos o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico, plan de estudios, nombre, cédula profesional y firma del profesional de la salud. Evidencia: Documento escrito con todos los datos. Fuente: Expediente.		
-------	--	---	--	--

6.3 PROGRAMA DE CONSEJERÍA Y/O APADRINAMIENTO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
6.3.1	Cronograma de Actividades	<p>6.3.1.1 Verificar la existencia de un cronograma diario de actividades para el usuario que contenga la especificación de las actividades diarias con un horario específico y personal responsable. Dicho cronograma señala: los horarios para dormir y despertar; señala los horarios para el aseo personal. Evidencia: Cronograma impreso y visible. Fuente: Personal del establecimiento.</p> <p>6.3.1.2 Verificar que las actividades descritas en el cronograma concuerden con lo observado en la visita. Evidencia: Observar si los usuarios se encuentran realizando las actividades señaladas en el cronograma. Fuente: Observación de supervisor.</p>		
		<p>6.3.2.1 Comprobar que el centro implementa sesiones de consejería y/o apadrinamiento individuales y/o grupales, mínimo una vez por semana. Evidencia: Observar que en el cronograma se detallen espacios para sesiones individuales y/grupales y corroborar información con los usuarios. Fuente: Personal del establecimiento y entrevistas a usuarios.</p> <p>6.3.2.2 Verificar la existencia de un plan de consejería y/o apadrinamiento con base en las necesidades de cada usuario. Evidencia: Plan de consejería que incluya: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, principales componentes del tratamiento en adiciones y priorizados de acuerdo a las necesidades del usuario, metas y objetivos medibles, alcanzables y cuantificables a cumplir en el corto/mediano/ largo plazo, acciones a seguir para el cumplimiento de las metas establecidas y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente del usuario.</p> <p>6.3.2.3 Verificar las notas de evolución de la consejería y/o apadrinamiento, que contengan: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, aspectos que se trabajaron, aspectos que se esperan trabajar en la próxima sesión, tareas asignadas para el usuario, fecha de la siguiente sesión, nombre y firma del consejero/padrino. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos señalados. Fuente: Expediente.</p> <p>6.3.2.4 Verificar la aplicación de un componente para favorecer el manejo de la espiritualidad. Evidencia: Verificar que en el cronograma se encuentren descritas las actividades que se realizan para fomentar la espiritualidad y solicitar las listas de asistencia o bitácoras de las actividades. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		



6.3.2	Programa de CONSEJERÍA o APADRINAMIENTO para el usuario.	<p>6.3.2.5 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la elaboración del proyecto de vida del usuario. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, metas a corto/mediano/largo plazo en las diferentes áreas de vida, acciones a seguir para el logro de las metas en los períodos establecidos por el usuario y nombre y firma del consejero.. Fuente: Expediente de usuario.</p>		
		<p>6.3.2.6 Verificar la aplicación de un componente para el desarrollo de habilidades para la vida (sociales/cognitivas/ emocionales). Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada por el usuario, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente clínico.</p>		
		<p>6.3.2.7 Verificar la aplicación de un componente orientado al desarrollo de vínculos con personas significativas y redes de apoyo. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada por el usuario, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
		<p>6.3.2.8 Verificar la aplicación de un componente para el desarrollo de acciones de reinserción social y prevención de recaídas. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada por el usuario, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
		<p>6.3.2.9 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de recuperación del usuario. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada por el usuario, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente del usuario.</p>		
6.3.3	Reporte final de consejería y/o apadrinamiento	<p>6.3.3.1 Verificar la elaboración de un reporte final de consejería y/o apadrinamiento. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, resumen de la evolución y estado de egreso del usuario, principales temáticas abordadas, cumplimiento de metas y objetivos logrados durante el proceso de consejería y nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente del usuario.</p>		



6.4 PROCESO DE EGRESO DEL USUARIO				
No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.4.1	HOJA DE EGRESO.	6.4.1.1 Verificar la existencia de una hoja de egreso que contenga los siguientes puntos: datos generales del usuario, fecha de egreso, motivo o tipo de egreso, descripción del estado general del usuario, nombre y firma de conformidad de la persona que egresa, nombre y firma del familiar o representante legal y del encargado del establecimiento. Evidencia: Hoja de egreso que contenga obligatoriamente todos los puntos anteriores. Fuente: Expediente del usuario.		
6.4.2	Continuidad de Atención Ambulatoria	6.4.2.1 Verificar la existencia de la hoja de derivación debidamente requisitada a un centro ambulatorio para el seguimiento del usuario (copia), con la fecha de derivación, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, nombre y domicilio del establecimiento al que se deriva, nombre y domicilio del establecimiento que deriva y nombre, firma y cargo del personal que hizo la derivación. En el caso en que se lleve a cabo la atención ambulatoria en el mismo establecimiento es necesario que en la hoja de egreso se indique que la atención será en el mismo centro. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Personal del establecimiento.		
6.4.3	SEGUIMIENTO de casos.	6.4.3.1 Verificar la existencia de documentos y/o instrumentos que hagan constar el seguimiento y valoración del caso en un período de un año (se sugiere que se haga al mes, tres, seis y doce meses), una vez finalizado el tratamiento. Evidencia: Entrevistas, notas de evolución, reportes, bitácoras de seguimiento en el expediente clínico. Fuente: Personal del establecimiento.		

6.5 PROCESO DE DERIVACIÓN				
No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.5.1	DIRECTORIO de instituciones y servicios de salud para la referencia de los usuarios en casos de urgencia.	6.5.1.1 Verificar la existencia del documento y que éste se encuentre actualizado. Evidencia: Directorio vigente del último año (impreso o electrónico) validado por la CECA.		
6.5.2	El establecimiento cuenta con un PROCESO DE DERIVACIÓN y realiza como mínimo:	6.5.2.1 Verificar la existencia de una hoja de derivación debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención a las adicciones (copia), que contenga: fecha de derivación, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, nombre y domicilio del establecimiento al que se deriva, nombre y domicilio del centro que deriva, nombre, firma y cargo del personal que realizó la derivación. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Personal del establecimiento.		
		6.5.2.2. Verificar la existencia de un registro y control de derivación que contenga: fecha de derivación, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, nombre y domicilio del establecimiento al que se deriva, nombre y domicilio del centro que deriva, nombre, firma y cargo del personal que realizó la derivación. Evidencia: Registro físico o electrónico que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados (electrónico omitir la firma). Fuente: Personal del establecimiento.		



	6.5.2.3 Verificar que el establecimiento realiza un seguimiento de los usuarios derivados. Evidencia: Registro/bitácora donde se constate que el establecimiento realizó un seguimiento de los usuarios derivados (vía telefónica, correo electrónico, presencial) Fuente: Personal del establecimiento.		
--	--	--	--

PROCESO DE ATENCIÓN	Puntuación (Máx. 88 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 35%)	0%

7. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
7	SERVICIO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS para usuarios y familiares.	7.1.1 Verificar la existencia de un buzón de quejas y sugerencias para usuarios y familiares en un lugar visible. Evidencia: Buzón de quejas. Fuente: Observación del supervisor		
		7.1.2 Verificar la existencia de un sistema de control y seguimiento a las quejas y sugerencias, que se lleve a cabo por una institución/sociedad civil/dependencia externa al centro y se levantará un acta. Evidencia: El centro hace constar que cuenta con una instancia específica encargada de registrar y dar seguimiento a las quejas y sugerencias. Fuente: Bitácora de seguimiento de quejas firmada por la dependencia externa al centro y/o Acta de apertura del buzón.		

SATISFACCIÓN	Puntuación (Máx. 4 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 2%)	0%

CONCENTRADO DE LAS ÁREAS

No.	Área	%	
		Máximo	Obtenido
1	Infraestructura	35.1%	0%
2	Servicio de Alimentación	4.9%	0%
3	Organización del Establecimiento	12.7%	0%
4	Recursos Humanos	7.3%	0%
5	Modelo de Atención	3.7%	0%
6	Proceso de la Atención	34.7%	0%
7	Satisfacción del Usuario	1.6%	0%

Total 100 0%