



# Guía para la Supervisión de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

**Secretaría de Salud**

**Dr. David Kershenovich Stalnikowitz**  
Secretario de Salud

**Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional**

**Dr. Ramiro López Elizalde**  
Subsecretario de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional

**Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones**

**Mtro. Francisco José Gutiérrez Rodríguez**  
Titular de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones

**Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres**  
Directora General de Políticas de Salud Mental y Adicciones

**Dr. Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo**  
Director General de Primer Nivel de Atención y Salud Pública

**Dr. Gabriel Eugenio Sotelo Monroy**  
Director General de Atención Especializada en Salud Mental

**Mtra. Martha Catalina Pérez González**  
Directora de Normatividad y Coordinación Institucional

**Mtro. Salvador Humberto Parra Valdez**  
Director de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental

**Mtro. Víctor Oswaldo Orozco Estrada**  
Director de Estrategia y Procesos

**Lic. Samantha Cedeño Quintero**  
Directora de Comunicación Educativa

**Mtra. Alejandra Rubio Patiño**  
Directora de Cooperación Internacional

**Mtra. Nadia Robles Soto**  
Directora de Coordinación de Estrategias

**Lic. Jorge Alejandro Tenorio Bello**  
Director de la Oficina Nacional de Alcohol y Tabaco

**Dr. Gerardo Peña Ordieres**  
Director de Gestión de Servicios

**Lic. Mónica González Ortega**  
Directora de Coordinación y Vinculación

**Mtra. Rosa María Vizconde Ortuño**  
Directora de Administración

### **Revisión técnica**

**Mtra. Irais Mariana Reyes Martínez**  
Subdirectora de Apoyo y Coordinación

**Lic. Luis Ángel Hernández Barranco**  
Subdirector de Operaciones Intersectoriales  
en Desarrollo Social

**Lic. Raúl Huesca Rubio**  
Subdirector de Operaciones Intersectoriales  
en Seguridad Pública

**Mtra. María Elvira Sandoval Sánchez**  
Subdirectora en la Línea de la Vida

### **Apoyo Técnico**

**Lic. Juan de Jesús Cuate Pérez**  
**Lic. Obdulia Rodríguez Anaya**

### **Corrección de Estilo y Diseño**

**Mtro. Eduardo Juárez Ramírez**

Cuarta Edición: junio 2025

D.R. © Secretaría de Salud.

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones

Av. Contreras #428, Edif. 5, 6 y 7  
Col. San Jerónimo Lídice, La Magdalena Contreras, C.P. 10200, Ciudad de México.

**[www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud)**  
**[www.gob.mx/conasama](http://www.gob.mx/conasama)**

# Contenido

<b>I. Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Marco Normativo</b> .....	<b>2</b>
<b>III. Objetivo</b> .....	<b>5</b>
<b>IV. Elección de la Cédula de Supervisión según el Modelo de Atención</b> .....	<b>5</b>
<b>V. Plan de Supervisión</b> .....	<b>7</b>
<b>VI. Categorización de Puntajes de las Cédulas de Supervisión</b> .....	<b>36</b>
<b>VII. Procedimiento de captura de datos en las cédulas de Excel</b> .....	<b>37</b>
<b>VIII. Anexos</b> .....	<b>45</b>
Anexo 1. Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales con Modelo de Ayuda Mutua. ....	45
Anexo 2. Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales con Modelo Mixto. ....	61
Anexo 3. Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales con Modelo Profesional. ....	81
Anexo 4. Ejemplo de carta de presentación y solicitud de consentimiento informado. ....	100
Anexo 5. Evidencias para los establecimientos residenciales Profesionales/Hospitalarios.....	102
Anexo 6. Señalización de los Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco y Emisiones. ....	107
Anexo 7. Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana.....	110
Anexo 8. Ejemplo del Certificado de Competencia Laboral: ECO548. ....	112
Anexo 9. Formato de Entrevista para las personas usuarias de los Establecimientos Residenciales en la Atención de las Adicciones como parte del Proceso de Supervisión. ....	114
Anexo 10. Formato de Entrevista para personal responsable del área médica de los Establecimientos Residenciales. ....	121
Anexo 11. Prácticas violatorias a los derechos humanos intolerables en los centros residenciales.....	126
Anexo 12. Reporte de Áreas de Oportunidad.....	130
Anexo 13. Código de ética del personal supervisor.....	134
Anexo 14. Formato de Nota Informativa.....	140
Anexo 15. Evaluación del desempeño del equipo supervisor por el director/a del establecimiento. ....	142
Anexo 16. Reporte General de Observaciones del Equipo Supervisor.....	145
Anexo 17. Evaluación del Desempeño del Personal de la CESMA por el equipo de supervisión de la CONASAMA.....	152
Anexo 18. Evaluación del Desempeño del equipo de Supervisión de la CONASAMA por el responsable de la CESMA.....	156
Anexo 19. Formato de Evaluación del desempeño entre el equipo de supervisión de la CONASAMA. ....	159
Anexo 20. Conformación de los Comités Estatales de Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CES).....	163



# I. Introducción

De acuerdo al **Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030** en el Eje General 2. “Desarrollo con Bienestar y Humanismo” en el objetivo 2.7 Garantizar el derecho a la protección de la salud para toda la población mexicana mediante la consolidación y modernización del sistema de salud, con un enfoque de acceso universal que cierre las brechas de calidad y oportunidad, protegiendo el bienestar físico, mental y social de la población, específicamente en la Estrategia 2.7.5 la cual dice a la letra: Implementar acciones de promoción y prevención en salud mental, brindando atención integral con ética, calidad y respeto a lo largo de la vida.

Asimismo, y de acuerdo con el Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, en su artículo 5° referente a sus atribuciones, se enlistan las relacionadas a establecimientos residenciales las cuales se observan en los puntos VI, VII, XVII y XVIII en los cuales se menciona lo siguiente: *“dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la implementación de las estrategias, modelos y programas en materia de salud mental y adicción emitidas por la Secretaría de Salud y aquellas contempladas en las leyes y demás disposiciones jurídicas aplicables; dirigir y coordinar la Red Integrada de Servicios de Salud Mental y Adicciones.; fungir como enlace de la Secretaría de Salud ante las instancias que las entidades federativas establezcan como responsables de la prevención y control en materia de salud mental y adicciones y con las organizaciones nacionales y extranjeras; proponer a la persona titular de la Secretaría de Salud las metodologías de detección, atención, diagnóstico y tratamiento en materia de salud mental y adicción, así como los mecanismos de certificación, supervisión y seguimiento de dichas metodologías, con el objetivo de otorgar una atención de calidad, con calidez y sustento científico”,* se hace la actualización de la Guía para la Supervisión de Establecimientos Especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial.

Como antecedente, en el año 2025 se actualizaron las cédulas de supervisión para Establecimientos Especializados en Adicciones con modalidad residencial de Atención a las Adicciones las cuales han sido validadas por expertos en el área, así como por los Responsables/ Enlaces de la Supervisión a Establecimientos residenciales de las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones desde 2017. En la actualización previa, del 2023, se hizo una revisión exhaustiva, integrando la fase de pre-ingreso, componentes del expediente clínico y tipos de ingreso, esto conforme a las actualizaciones en la Ley General de Salud, en sus apartados de salud mental y adicciones.

Por todo lo anterior, la presente guía tiene como propósito dotar de las herramientas y formatos para el personal supervisor de establecimientos residenciales para la atención de las adicciones a nivel nacional y puede ser utilizada tanto en las supervisiones federales (CONASAMA) como



estatales (Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones), pues se busca homologar los procedimientos de supervisión en cualquiera de sus tipos: censo, registro y reconocimiento.

## II. Marco Normativo

### a) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a la protección de la Salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución (Constitución Política del Estado Libre y soberano de México).

### Leyes

- Ley General de Salud (incluida la reforma en materia de salud mental y adicciones, 2022)
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley General de Protección Civil
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
- Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil

### c) Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención



Médica.

- Reglamento de Insumos para la Salud.
- Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
- Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

#### **d) Decretos**

- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, 2023.

#### **e) Planes y Programas**

- Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030.

#### **f) Normas**

- Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011, señales y avisos para protección civil.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2012, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.



- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2-2012, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios

#### g) Lineamientos

- Lineamientos para el Reconocimiento y Ratificación de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones 2025-2026.
- Lineamientos Operativos para la Modificación de Dictámenes de Establecimientos residenciales para la atención de las adicciones 2025-2026.

#### h) Guías, Códigos y Manuales

- Código de Ética del Profesional de la Salud. Secretaría de Salud, 2002.
- Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana. Secretaría de Salud, 2023.



### III. Objetivo

Brindar herramientas al personal supervisor para que realicen de manera oportuna, eficiente y homologada la supervisión a los establecimientos residenciales que otorgan atención a personas usuarias con dependencia a sustancias psicoactivas, que operan con los diferentes modelos de atención (profesional, mixto y ayuda mutua) con la finalidad de coadyuvar en el proceso de reconocimiento, de ratificación y las visitas estatales.

La supervisión se realiza con base en los criterios de calidad establecidos en la Ley General de Salud en materia de Salud Mental y Adicciones, y demás ordenamientos legales aplicables, vigentes y en la Norma Oficial NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Toda atención residencial a las adicciones deberá brindarse con absoluto respeto a los derechos humanos de las personas, con apego a los principios de interculturalidad, interdisciplinariedad, integralidad, perspectiva de género y equidad (Artículo 72, Ley General de Salud, 2022).

En el caso de **niñas, niños y adolescentes** en el que se presuma la necesidad de una atención residencial para el tratamiento de alguna adicción, en primer lugar se privilegiaran las alternativas comunitarias; en caso de que exista una justificación clínica para un posible internamiento, éste se deberá llevar a cabo en hospitales generales y/o en hospitales de pediatría siempre y cuando se cuente con su consentimiento (Artículo 75, Ley General de Salud, 2022). Por tanto de ninguna forma se podrá consentir una atención a las adicciones en un menor de edad, en un establecimiento residencial privado.

### IV. Elección de la Cédula de Supervisión según el Modelo de Atención

Para poder llevar a cabo las supervisiones a establecimientos residenciales es necesario que el personal supervisor conozca la diferencia entre los modelos de atención e identifique el modelo con el cual el establecimiento está operando para no entrar en controversia (ayuda mutua, mixto y profesional), y pueda elegir la cédula adecuada (tabla 1).



Tabla 1. Definiciones de los Modelos de Atención.

Modelo de Atención	Definición de la NOM-028	Consideraciones
Ayuda Mutua	Es el servicio que se ofrece en las agrupaciones de personas con trastornos por el uso de sustancias psicoactivas y que se encuentran en un proceso de recuperación, utilizando los programas de ayuda mutua.	<p>El grupo de Ayuda Mutua según la NOM 028: es la agrupación que ofrece servicios, integrada por personas en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyarles con su problema de adicción con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas.</p> <p>La función del profesional de psicología en el Modelo de Ayuda Mutua es complementaria ya que el modelo está basado en apoyar a las personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo.</p> <p>En el caso de la función del médico en los Establecimientos de Ayuda Mutua y de acuerdo a la NOM-028 se describe lo siguiente:</p> <p>9.2.2.3.5 Todo usuario que ingrese al establecimiento debe ser valorado por un médico en un periodo no mayor de 48 horas.</p> <p>De acuerdo a este numeral, el profesional médico, realizará las valoraciones médicas durante las primeras 48 horas, dará diagnósticos e indicaciones médicas, lo cual debe de estar sustentado en el expediente (NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico).</p>
Profesional	Es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, consulta de urgencias (servicio de urgencias) y hospitalización, entre otros.	Un modelo profesional puede complementar sus actividades con grupos de autoayuda, sin embargo, la directriz del tratamiento es profesional. Estas actividades de auto ayuda se deberán de registrar en una bitácora.
Mixto	Es el tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional.	Es la conjugación de ambos modelos, en la misma medida proporcional coexiste el trabajo profesional del personal médico, trabajadores sociales, enfermeras/os, y consejeros / padrinos, y tiene que estar documentado su trabajo.

También es necesario, que el personal supervisor conozca a detalle las tres cédulas de supervisión, las cuales se componen de seis áreas que se describen en la tabla 2.

Tabla 2. Áreas que integran las cédulas de supervisión y número de ítems por modelo de atención.

Áreas	Descripción
1. Identificación	Se refiere a los datos generales del Establecimiento, tales como: nombre legal, nombre del/la representante legal y del personal directivo, CLUNI o CLUES, dirección, teléfonos de contacto, correo electrónico y nombre de la persona entrevistada.



Áreas	Descripción
2. Características	Trata de aspectos como: tipo de institución, de ingreso, población que atiende, edades de atención, modelo de tratamiento, fecha de inicio de operaciones, adicciones que trata, costo y duración del tratamiento, capacidad instalada y ocupada, tipo de seguimiento y actividades realizadas o recibidas por parte de la CESMA.
2.1 Infraestructura	Esta área evalúa que el establecimiento cuente con el equipamiento necesario, suficiente y óptimo para el desarrollo de las funciones y servicios que se ofertan a la persona usuaria, con la finalidad de favorecer su seguridad e integridad durante su tratamiento.
2.2 Servicio de Alimentación	Se revisa en esta área que los utensilios, aparatos e insumos para la preparación de los alimentos sean suficientes, higiénicos, variados y de calidad para los usuarios.
2.3 Organización del Establecimiento	Dicha área integra información acerca de la documentación técnico-administrativa del establecimiento.
2.4 Recursos Humanos	Esta área evalúa que el establecimiento cuente con el personal profesional, técnico, administrativo y operativo, suficiente y capacitado para atender a los usuarios y que sea concordante con la capacidad instalada.
2.5 Proceso de Atención	Dicha área valora toda la etapa del proceso de atención del usuario, desde el ingreso del usuario, su evaluación y/o valoración, continuidad médica, tratamientos médicos, especializados y psicológicos; así como, de consejería (si corresponde), su evolución (recuperación), egreso, seguimiento y referencia a tratamiento ambulatorio, con estricto apego al manual de procedimientos, planes de tratamiento/consejería, cronograma de actividades, ley de protección de datos personales, consentimiento informado y confidencialidad.
2.6 Satisfacción de la persona Usuaría	Esta área integra el sistema de registro, control y seguimiento de las quejas y sugerencias de personas usuarias y familiares.



## V. Plan de Supervisión

A continuación, se presenta de manera resumida el plan de supervisión que se llevará a cabo en los establecimientos residenciales en adicciones (tabla 3).

Tabla 3. Plan de Supervisión para los Establecimientos Residenciales.

Tiempo	Actividad	Breve descripción
5 min.	<b>1.Presentación</b>	1. Presentación del equipo de supervisión al personal encargado del establecimiento residencial de atención a las adicciones.
10 min.	<b>2.Conferencia de apertura</b>	2. Conferencia de apertura. 1) Entrega de oficio de presentación; 2) explicación del objetivo de la supervisión; 3) exposición de la dinámica de la visita, señalamiento de la necesidad de realizar el recorrido por las instalaciones, revisión de documentación y expedientes de las personas usuarias, solicitud de un espacio privado para llevar a cabo las entrevistas y, la sesión de retroalimentación del equipo, indicación de la entrega de un reporte de áreas de oportunidad y de material con información relativa a la normatividad aplicable y del proceso terapéutico, 4) solicitud de firma del consentimiento de la visita y de la evidencia fotográfica del establecimiento (a través del oficio de presentación),  (Supervisor/a responsable).



Tiempo	Actividad	Breve descripción
40 min.	<b>3. Recorrido de las instalaciones</b>	<p>3. Recorrido por las instalaciones. Inspección física minuciosa de las instalaciones del establecimiento.</p> <p>(Responsable del centro - Equipo de supervisión)</p>
120 min.	<b>4. Aplicación de la cédula</b>	<p>4. Revisión de evidencias de la cédula de supervisión según el modelo de atención (Profesional, Mixto o de Ayuda Mutua).</p> <p>(Equipo de Supervisión).</p>
85-100 min.	<b>5. Entrevistas</b>	<p>5.1 Entrevistas a cinco personas usuarias. En caso de encontrar prácticas violatorias a los derechos humanos, se realizarán tres entrevistas adicionales a personas usuarias para recabar mayor información (S1)</p> <p>5.2 Entrevistas al personal médico. En caso de contar con el profesional médico se llevará a cabo dicha entrevista (S2).</p> <p>Cuando acuda personal federal a realizar la supervisión, las entrevistas se desarrollarán en conjunto con el personal de las Comisiones estatales de salud mental y adicciones, tomando un papel activo en las mismas,</p> <p>(Equipo de Supervisión).</p>
40 min.	<b>6. Sesión de retroalimentación</b>	<p>6. Sesión de retroalimentación y llenado del reporte de áreas de oportunidad.</p> <p>Reunión de análisis para cotejar lo recabado en la cédula y en las entrevistas, con el objetivo de identificar que se encuentren completas en todos los rubros.</p> <p>(Equipo de Supervisión).</p> <p>6.1. Elaboración de Nota Informativa: Se realizará en aquellas supervisiones en las cuales se identifiquen prácticas violatorias a los derechos humanos, o bien cuando exista alguna eventualidad (por ejemplo: cuando no se pudo realizar la supervisión o no se permitió el acceso al equipo de supervisión al establecimiento, por cuestiones de seguridad, entre otros) y se entregará al concluir la supervisión (fuera del establecimiento) al personal de la Comisión Estatal conservando el acuse. Asimismo, las CESMA'S deberán de realizar inmediatamente el aviso correspondiente a las Fiscalías Generales de Justicia Estatales respecto al hecho detectado (violaciones a los derechos humanos u otra posible comisión de delito) en las entrevistas realizadas. Esto para supervisiones federales. Para el caso de las supervisiones estatales, se dará seguimiento de acuerdo a los procedimientos establecidos localmente y se hará también el aviso correspondiente a las Fiscalías Generales de Justicia Estatales.</p> <p>(Equipo de Supervisión).</p>
20 min.	<b>7. Entrega de reporte de áreas de oportunidad</b>	<p>7. Entrega en físico del reporte de áreas de oportunidad (S3) y del material con información relativa a la normatividad aplicable y del proceso terapéutico al responsable del establecimiento.</p> <p>(Equipo de Supervisión).</p>



Tiempo	Actividad	Breve descripción
5 min.	<b>8. Cierre de la supervisión</b>	8. Solicitud del formato de evaluación del equipo supervisor (S4) en sobre cerrado.  (Responsable/encargado – supervisor/a responsable). Clausura.
<b>Total: 340 min. (5 hrs. aprox.)</b>		
30 min.	<b>9. Reporte General de Observaciones</b>	9. Llenado del Reporte General de Observaciones (PS1)  (Equipo de Supervisión)
10 min.	<b>10. Evaluación de desempeño del personal de la Comisión Estatal</b>	10. Llenado de la Evaluación del desempeño del personal de la Comisión Estatal por el equipo de supervisión de la CONASAMA (PS2).  (Equipo de Supervisión)
10 min.	<b>11. Evaluación de desempeño del personal de la CONASAMA</b>	11. Llenado de la Evaluación del desempeño del equipo de supervisión de la CONASAMA por el personal de la Comisión Estatal (PS3).  (Responsable de establecimientos residenciales en adicciones de la Comisión Estatal)
20 min.	<b>12. Evaluación de los integrantes de los equipos de supervisión</b>	12. Evaluación del desempeño entre las personas integrantes del equipo supervisor (PS4).
<b>Total: 70 min.</b>		

A partir de este resumen de la tabla 3 se describirán las acciones puntuales a realizar en cada tarea programada durante todo el proceso de la supervisión. Éstas se observan a continuación.

### 1. Presentación del equipo de supervisión

#### **Duración: 5 min**

Al inicio de la supervisión es indispensable presentarse ante el personal del establecimiento. Cada supervisor/a se presentará señalando su nombre, mostrando su gafete, e indicando que son personal supervisor de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones (CESMA).

### 2. Conferencia de apertura

#### **Duración: 10 min**

El equipo supervisor procederá a realizar la conferencia de apertura, la cual consiste en exponer al personal del establecimiento la siguiente información:



**1) Entrega del oficio de presentación:** Se proporcionará a la persona responsable del establecimiento el oficio que especifica el procedimiento de la supervisión, los nombres del equipo de supervisión y la solicitud del consentimiento para llevar a cabo la visita y la toma de la evidencia fotográfica.

**2) Objetivo de la visita:** Señalar que la visita al establecimiento se da en el marco del proceso de reconocimiento/ratificación/visitas estatales a los establecimientos residenciales, y que el objetivo consiste en evaluar el apego del establecimiento a la normatividad vigente, así como promover la optimización de la calidad en la atención de los servicios que ofrecen y la vigilancia del pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias.

**3) Dinámica de la visita:** El/la supervisor/a coordinador/a explicará la dinámica de la supervisión, presentando de manera clara y precisa las actividades que se realizarán durante la misma. Éstas se enlistan a continuación:

- Se llevará a cabo un recorrido por las instalaciones por parte del equipo de supervisión en acompañamiento por personal del centro, para lo cual se solicitará la apertura de espacios cerrados.
- Se revisará la documentación y evidencia solicitadas durante la supervisión referente a la operación del establecimiento, documentos legales, manuales, guías, así como revisión de expedientes clínicos con el objetivo de valorar su integración en apego a la norma del expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012).
- Se informará que se llevarán a cabo entrevistas de forma aleatoria a cinco o más personas usuarias con el propósito de conocer su percepción acerca del tratamiento recibido y corroborar algunos aspectos de la cédula. Asimismo, si está presente el médico, se aplicará una entrevista específica para este profesional. Mencione que para la realización de estas entrevistas se requiere de un espacio cerrado donde se pueda dialogar de manera aislada y confidencial.
- Se solicitará a la persona responsable del establecimiento la necesidad del acompañamiento de personal para el llenado de las diferentes áreas de la cédula de acuerdo al perfil (por ejemplo, para revisión de expedientes, el personal de psicología/médico, consejería/apadrinamiento/amadrinamiento).
- Se realizará una sesión de retroalimentación interna, para elaborar el Reporte de Áreas de Oportunidad que le será entregado al establecimiento al final de la visita



mencionando la importancia de que la reunión se realice en un espacio cerrado donde el equipo supervisor pueda trabajar de manera aislada.

- Al finalizar la supervisión se hará entrega del reporte de áreas de oportunidad y del material que contenga información acerca de la normatividad aplicable, así como del proceso terapéutico.
- También se mencionará que se hará una evaluación del desempeño del equipo supervisor por parte del responsable del establecimiento.
- Al finalizar la conferencia de apertura se solicitará la firma del oficio de presentación en el cual se incluye un apartado de solicitud de consentimiento informado del personal directivo del establecimiento para proceder con dicha visita y la toma de evidencia fotográfica remarcando que sólo será de la infraestructura del establecimiento (ver ejemplo de oficio de presentación en anexo 4).

## Ejemplo de discurso para iniciar la Conferencia de Apertura:

*“Buenos días, mi nombre es \_\_\_\_\_, me acompaña mi compañera/o \_\_\_\_\_ (muestran su gafete), ambas conformamos el equipo de supervisión estatal de establecimientos residenciales y venimos en representación de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones (CESMA), que se encuentra adscrita a la Secretaría de Salud del Estado.*

*Le proporciono nuestro oficio de presentación, en el cual se especifican nuestros nombres, el objetivo de nuestra visita, así como, el consentimiento informado de la visita y la toma de fotografías.*

*Si me permite, le explicaré con más detalle cuál será la dinámica de la supervisión; de manera inicial le pedimos de favor nos dé un recorrido por las instalaciones del establecimiento, durante el cual, estaremos revisando de forma minuciosa las diferentes áreas que conforman el lugar; haremos el conteo de parte del mobiliario, verificaremos su funcionalidad y limpieza, abriremos puertas, gavetas, cajones, anaqueles y todo aquello que consideremos necesario, con el fin de tener un panorama detallado de la infraestructura; así mismo, si es preciso, haremos preguntas que nos permitan conocer más sobre los espacios y actividades.*

*Terminando el recorrido, recabaremos evidencia a través de información documental, por tanto, le pediremos que nos indique quién de su personal puede trabajar con mi compañera/o para revisar lo relacionado a infraestructura, alimentación y satisfacción del servicio; mientras que yo verificaré aspectos legales, administrativos, de organización, tratamiento y expedientes.*

*Posteriormente, le solicitaremos nos pueda facilitar un espacio privado en el cual podamos llevar a cabo cinco o más entrevistas a personas usuarias que están en tratamiento. Éstas serán elegidas de manera aleatoria y/o a través del registro de ingresos, de los cuales vamos a pedirles sus respectivos expedientes. Asimismo, si está presente el médico se le hará una entrevista adicional para recabar información del tratamiento médico.*

*Una vez que mi compañera/o y yo terminemos de recabar la información necesaria, vamos a solicitarle nuevamente, un espacio privado, para llevar a cabo el llenado del Reporte de Áreas de Oportunidad, el cual, una vez que esté listo, saldremos a darle lectura, le pediremos que la firme y acuse de recibido, para poder hacer entrega de una copia a usted, otra para el personal de la CESMA y el original lo enviaremos a las oficinas centrales de CONASAMA; además, le haremos entrega de material electrónico que contiene información relacionada a la normatividad vigente, así como, formatos que pueden serle útiles para complementar los procedimientos que ya está llevando a cabo, o bien, si aún no los tiene, pueda implementarlos.*

*Antes de retirarnos usted podrá evaluarnos como equipo supervisor, para ello, le entregaremos un formato que debe ser llenado por ambos lados, firmado y entregado en sobre cerrado o engrapado, esto con el propósito de no tener acceso a la información vertida en él y salvaguardar la confidencialidad del mismo.*

*Con esto estaremos concluyendo la supervisión, el proceso dura aproximadamente 5 horas, esto puede ser variable dependiendo de cómo se vaya avanzando y de la dinámica de la supervisión, ¿tiene alguna duda?, de no ser así y si no tiene inconveniente entonces, le pido por favor que firme de recibido y enterado el acuse de nuestro oficio de presentación.*

*Por último, cabe precisar, que las actividades que ustedes tienen planeadas durante este día con las personas usuarias no deben ser interrumpidas en el tiempo que estemos llevando a cabo la supervisión, ¿de acuerdo? Si no existen dudas y le parece bien, podemos empezar”.*

### 3. Recorrido por las instalaciones

#### **Duración: 40 minutos**

El equipo de supervisión, en conjunto, hará una inspección física minuciosa de cada una de las áreas del establecimiento residencial, tales como: dormitorios, baños, regaderas (acorde a la capacidad instalada y en funcionamiento); cocina (área de preparación de alimentos con gas y/o cocina ecológica, refrigerador, estufa, limpieza en general), comedor, consultorio médico, resguardo y control de medicamentos, botiquín, área recreativa, área de consejería, áreas comunes y espacios libres de humo de tabaco y emisiones.



Es importante que en este recorrido el equipo de supervisión **contabilice el número de camas para el llenado de la capacidad instalada de la cédula** y mantener una observación activa que nos permita identificar el comportamiento de las personas usuarias, validar criterios de inclusión del establecimiento, por ejemplo: población psiquiátrica; cotejar cronograma de actividades, menús alimenticios, caducidad de alimentos, separación de espacios por grupos etarios.

Se revisa que los buzones de quejas estén accesibles a personas usuarias y familiares con insumos necesarios; rutas de evacuación; puntos de encuentro, caducidad de extintores. Es importante identificar fauna nociva en todas las áreas, así como revisión del mantenimiento y limpieza de tinacos y cisternas, e identificar carteles de los derechos de las personas usuarias y del reglamento interno.

En caso de encontrar puertas con candados, cuartos bajo llave, cuartos aislados, etc., se solicitará a la persona responsable del establecimiento su apertura para su revisión; si se opone a ella, es necesario sensibilizarle informando que es indispensable revisar todos los lugares del establecimiento para tener la evidencia indispensable para el llenado correcto de la cédula. En caso de que no se diera el acceso, al final de la visita se dará aviso a la autoridad judicial del estado por la presunción de un posible delito y se programará una visita de supervisión por parte del Comité Estatal de Supervisión a Establecimientos Residenciales (CES) (Conformación de los CES Anexo 20).

#### 4. Revisión de evidencias de la cédula de supervisión según el modelo de atención

##### **Duración: 120 minutos**


Para la revisión de evidencias de la cédula de supervisión será indispensable contar con la cédula aplicable<sup>1</sup> al establecimiento de acuerdo a su modelo de atención: ayuda mutua, mixta o profesional (anexos 1, 2 y 3 externos a la guía). En la columna de actividades del supervisor/a de dicha cédula vienen señaladas con precisión las evidencias que se deberán solicitar (ver figura 1).

<sup>1</sup> Las cédulas de supervisión de ayuda mutua, mixta y profesional que se aplican en los establecimientos residenciales son las enviadas vía oficial a los Enlaces estatales de Establecimientos Residenciales en las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones. Y se envía de manera anual a inicios de año por lo que no se integran a esta guía, sino se adjuntan como anexos externos al presente guía dado su extensión.



Figura 1. Columnas que integran las cédulas de supervisión.

CEDULA AYUDA MUTUA V 5.1 2025



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

II.14.1 Tipo de seguimiento de los Usuarios:  Telefónico  Presencial  Correo Electrónico  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 CESMA en actividades de:  Capacitación  Profesionalización  
Otro: ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1. INFRAESTRUCTURA

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
1.1	Cuenta con el PLANO ARQUITECTÓNICO o croquis del establecimiento (distribución del espacio físico interno).	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 personas usuarias y familiares. Evidencia: El área deberá utilizarse para las labores de recepción e información a personas usuarias. Fuente: Observación del supervisor/a.		

1.2 En el caso de las áreas: I. Identificación y II. Características, se describen las evidencias que se deberán solicitar para su adecuado llenado.

También, se hacen algunas consideraciones importantes para tomar en cuenta respecto a las áreas de: 1. Infraestructura; 2. Servicio de Alimentación; 3. Organización de la Unidad; 4. Recursos Humanos; 5. Proceso de Atención y 6. Satisfacción de la persona usuaria.

En la cédula profesional en el área de Infraestructura se extrajeron las actividades del supervisor/a de los ítems de: espacio para área de choque, área de urgencias, carro de paro, existencia de stock de medicamentos para no hacer tan extensa dicha cédula y se agregaron en el Anexo 5.

### A. Instrucciones para el llenado y aplicación de la Cédula

Para la aplicación y llenado correcto de la Cédula de Supervisión se tomará en cuenta lo siguiente:

- Revisar detalladamente cada uno de los puntos de la cédula y notificar a los responsables de la CONASAMA cualquier duda que pueda impactar en la calificación objetiva del rubro.



- Ningún reactivo de la cédula deberá quedar sin contestar, es responsabilidad del equipo de supervisión verificar que no falte ninguna respuesta a alguno de los rubros. De quedar incompleta alguna de las secciones, esa cédula no podrá ser interpretada de manera íntegra.
- Es indispensable que en aquellos rubros que se marque “No Cumple” (NC) se indique en el espacio destinado para observaciones el motivo detallado del incumplimiento y que coincida totalmente con lo reportado en el documento de Reporte de Áreas de Oportunidad.
- Antes de contestar “No Aplica” (NA), se deberá cerciorar que realmente el establecimiento está exento de cubrir este reactivo.



## B. Calificación

La calificación de los criterios de supervisión, se realizará conforme en lo descrito en la Tabla 4.

Tabla 4. Criterios de valoración aplicables a las Cédulas de Supervisión (Profesional, Mixto y de Ayuda Mutua).

Escala	Criterio
<b>NC (No Cumple)</b>	El proceso no está documentado o está documentado, pero no existe evidencia de su implementación en los procesos del tratamiento y rehabilitación de las personas usuarias.
<b>C (Cumple)</b>	El proceso está documentado y existe evidencia de su implementación en los procesos del tratamiento y rehabilitación de las personas usuarias.
<b>NA (No Aplica)</b>	El proceso a evaluar no es de la pertinencia del modelo de atención, grupo etario y sexo con que trabaja el establecimiento. Únicamente podrá ser marcado NA cuando la cédula así lo permita.

## C. Especificaciones en el llenado de las Cédulas según su área

En este apartado se describen los elementos a considerar para el llenado de la cédula según sus áreas y éstas se observan en la Tabla 5.

Tabla 5. Especificaciones del llenado de la cédula por área de evaluación.

Área	Especificaciones del llenado de la Cédula
<b>I. Identificación</b>	<p><b>Nombre Legal, nombre comercial, nombre del/la representante legal y nombre del director/a</b>, a excepción de éste último, todos estos datos podrán ser tomados del acta constitutiva del establecimiento y del aviso de funcionamiento.</p>
	<p><b>Domicilio completo, teléfono y correo electrónico (del establecimiento*)</b>. El domicilio debe tomarse del aviso de funcionamiento y debe coincidir con la ubicación actual del establecimiento.</p> <p>*En caso de que el establecimiento no cuente con un correo electrónico se solicitará al responsable la creación de una cuenta.</p>
	<p><b>Nombre y cargo de la persona entrevistada</b>. Señalar en este apartado nombre completo y función de la persona entrevistada.</p> <p><b>CLUNI</b>. Registrar el número de CLUNI (institución privada) o CLUES (institución pública) en su caso. El establecimiento deberá mostrar la impresión de la CLUNI que proporciona la página web <a href="http://www.corresponsabilidad.gob.mx/">http://www.corresponsabilidad.gob.mx/</a> en la cual se dará el número correspondiente. Para la CLUES sólo se deberá registrar el número.</p> <p>Sólo se excluirá este requisito en las organizaciones que están constituidas como S.A de C.V.</p>



Área	Especificaciones del llenado de la Cédula
<p><b>II. Características</b></p>	<p><b>Tipo de institución.</b> Dato contenido también en el acta constitutiva. Este rubro tiene dos opciones:</p> <p>1) Instituciones públicas. Todas aquellas que dependen económica y administrativamente del Estado o del Municipio donde se encuentra.</p> <p>2) Instituciones Privadas: Asociación Civil (A.C.), Institución de Asistencia Privada (I.A.P.), Sociedad Civil (S.C.), Sociedad Anónima de Capital Variable (S.A. de C.V.), Asociación Religiosa (A.R.) u alguna otra que dependa de recursos y administraciones de índole privado.</p> <p><b>Tipo de ingreso.</b> El ingreso es la recepción formal de la persona usuaria por parte del establecimiento, este ingreso puede ser voluntario, en caso de urgencias u obligatorio:</p> <p><b>a) Ingreso voluntario:</b> Requiere del consentimiento informado de la persona usuaria por escrito, haciendo constar el motivo de la atención; en caso de ser menor de edad se requiere del consentimiento por escrito y firmado de sus padres, representante legal o tutor.</p> <p><b>b) Ingreso voluntario en caso de urgencias:</b> Se presenta en el caso de las personas usuarias que requieren atención urgente o representan un peligro grave e inmediato para sí mismas o para los demás. Requiere la indicación de un médico y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, el usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del establecimiento. Todo internamiento involuntario <b>deberá ser notificado por el responsable del establecimiento al Ministerio Público de la adscripción, en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la admisión.</b></p> <p>Para esta opción es indispensable tomar la información que el director/a nos señala o informa, sin embargo para el llenado de la cédula en el apartado de proceso de atención (ingreso) se verificará y evaluará con lo cotejado en los expedientes y entrevistas.</p>
	<p><b>Características de la población que atienden (sexo y edades).</b></p> <p><b>Sexo:</b> Indicar si se atiende exclusivamente a uno de los sexos. Marcar “ambos” cuando se trate de establecimientos donde se atienden a hombres y mujeres.</p> <p><b>Edades:</b> 18 a 59 años (personas adultas) y 60 años en adelante (adultos/as mayores).</p> <p>Marcar todas las poblaciones que se atiendan.</p>



Área	Especificaciones del llenado de la Cédula
	<p><b>Atiende personas con:</b> Discapacidad; En conflicto con la ley; VIH (virus de inmunodeficiencia humana); VHC (Virus de la hepatitis C); situación de calle; migrantes; indígenas y otros.</p>
<p><b>II. Características</b></p>	<p><b>Principal modelo teórico en el que se basa la atención.</b> Se debe registrar sólo una de las siguientes opciones como el eje de tratamiento brindado por el establecimiento: modelo Minnesota, comunidad terapéutica, terapia psicológica, programa de 12 pasos, enfoque religioso/espiritual, terapias alternativas, alguna otra no descrita.</p> <p>Si la persona entrevistada señala varias opciones, se deberá indagar cuál de todas las estrategias implementadas es la principal de acuerdo al modelo de tratamiento proporcionado y sólo elegir una opción. En el caso de enfoques religiosos asegurar que solamente empleen actividades como oraciones, lecturas bíblicas o similares, el haberse conformado como una institución religiosa, pero que implementa programas de autoayuda o tiene apoyo profesional para el tratamiento no los hace centros religiosos.</p>
	<p><b>Fecha de inicio de operaciones del establecimiento.</b> Este dato puede recabarse del aviso de funcionamiento. Si el establecimiento dejó de operar y reabrió su servicio, este dato deberá estar actualizado en el aviso de funcionamiento.</p>
	<p><b>Tipo de adicción que atiende.</b> Se refiere al tipo de adicción en términos de la sustancia de consumo: alcohol, tabaco y/o drogas ilegales u otras (especificar, p.e. ludopatía, trastornos alimenticios). En el caso particular de atención a la adicción al tabaco, se deberá constatar que existe un modelo de tratamiento para la misma, abstenerse de consumir tabaco dentro del establecimiento no es suficiente, deberá existir un programa de trabajo específico para tratamiento del tabaquismo.</p>
	<p><b>El establecimiento brinda sustitución de opiáceos:</b> Se refiere al tratamiento con sustitución de una sustancia derivada del opio por otra con menos consecuencias adversas a la persona usuaria (por ejemplo: el uso de metadona).</p>
	<p><b>El establecimiento atiende condiciones de urgencia:</b> se refiere a aquellos establecimientos que cuentan con el material y personal necesarios para el manejo de intoxicación y supresión.</p>
	<p><b>Costo del servicio:</b> Se debe marcar si el servicio es gratuito y si se realizan estudios socioeconómicos; deberán contemplarse todos los costos inherentes al tratamiento como: entrevista inicial, análisis complementarios, visitas médicas especializadas, terapias alternativas, consumo de algún medicamento, etc. Describir la cuota y periodicidad con que se realizan los pagos (diario, semanal, mensual o por todo el tratamiento). Si es aportación en especie describir de que tipo.</p>
	<p><b>Duración del tratamiento:</b> Tomar en cuenta todo el proceso de tratamiento residencial, el cual puede ir desde un mes, tres meses, seis meses, hasta otros tiempos no especificados que deberán describirse en el apartado "otro".</p>



Área	Especificaciones del llenado de la Cédula
	<p><b>Capacidad del establecimiento:</b> Se refiere a la capacidad de atención del centro. El personal supervisor deberá cerciorarse de la capacidad instalada contando el número de camas (hamacas, literas, camas individuales) al momento de realizar el recorrido por las instalaciones, además deberá revisar el registro de ingresos de las personas usuarias para cotejar e identificar su coincidencia.</p> <p>Se describirá el número de espacios disponibles (capacidad instalada) y el número de espacios ocupados al momento de la visita.</p> <p>Es importante tomar en cuenta que las colchonetas no se contabilizan.</p>
<p><b>II. Características</b></p>	<p><b>Seguimiento y valoración de las personas usuarias (tipo y periodos):</b> El seguimiento involucra una valoración de la persona una vez que ha concluido el tratamiento. Éstos pueden ser telefónicos, presenciales, por correo electrónico, por referencia de terceros u otra modalidad; siempre y cuando el supervisor/a se asegure de que el establecimiento lleva a cabo una revisión de los avances y dificultades que ha presentado la persona usuaria fuera del establecimiento. Deberá describirse la periodicidad en que se implementan estos seguimientos (al mes, a los tres meses, a los seis meses, a los nueve meses, al año, a los dos años u otro).</p> <p>Cabe señalar que no se tomará en cuenta como seguimiento las juntas a las que las personas usuarias son incorporadas en los programas de ayuda mutua una vez finalizado su internamiento.</p> <p><b>Ha participado con las CESMA'S:</b> Las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones brindan al personal de los establecimientos residenciales capacitación, profesionalización u otros servicios para mejora del tratamiento brindado.</p>



Área	Especificaciones del llenado de la Cédula
<p><b>1. Infraestructura</b></p>	<p>En la cédula de Supervisión Profesional existen rubros específicos para el caso de que sean hospitales los cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Espacio para área de choque (sólo para hospitales).</li> <li>● Área de urgencias (sólo para hospitales).</li> <li>● Carro de Paro (sólo para hospitales).</li> <li>● Existencia de Stock de medicamentos en urgencias (sólo para hospitales)</li> </ul> <p>El listado completo de lo que debe contar cada una de las áreas antes enlistadas se incluyen en el <b>anexo 5</b>.</p> <p>Asimismo y derivado de la Ley general para el Control del Tabaco publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 2022 y en relación al cambio de imagen institucional se estableció el Manual de identidad Gráfica y Señalización de los Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco y Emisiones (<b>ejemplo en anexo 6</b>) por lo cual en la cédula se integraron tres ítems respecto al cumplimiento de esta Ley <sup>2</sup>.</p>
<p><b>2. Servicio de Alimentación</b></p>	<p><b>En el caso del ítem que dice:</b> Verificar que los alimentos del día de la visita se encuentren en óptimas condiciones en un lugar higiénico, esten descrito en el menú y se cumpla con lo mencionado en la guía citada a continuación:</p> <p>“En caso de que no exista concordancia con lo observado en el menú, verificar que se esté brindando algún equivalente nutricional”. Para tal caso, es necesario consultar la Guía alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana, 2023. (Anexo 7): Si el menú otorgado es equivalente se marcará como "Cumple" con su respectiva observación.</p>
	<p>En el caso del ítem: “Verificar que exista un refrigerador en funcionamiento con regulador de temperatura para garantizar la conservación de los alimentos” es necesario revisar que el refrigerador esté en uso y mantenga una temperatura adecuada para los alimentos.</p>



<sup>2</sup> Secretaría de Salud, COFEPRIS, 2023. Manual de Identidad Gráfica y Señalización de los Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco y Emisiones, disponible en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/829988/MANUAL\\_TABACO\\_2023\\_02062023\\_compressed.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/829988/MANUAL_TABACO_2023_02062023_compressed.pdf)



Área	Especificaciones del llenado de la Cédula
<p><b>3. Organización del Establecimiento</b></p>	<p><b>En las tres cédulas el contenido del manual de procedimientos debe de tener lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Introducción;</li> <li>b) Propósito;</li> <li>c) Marco jurídico-Administrativo;</li> <li>d) Descripción del Modelo de tratamiento;</li> <li>e) Procedimientos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pre ingreso;</li> <li>2. Ingreso;</li> <li>3. Evaluación;</li> <li>4. Tratamiento (Intervención individual, grupal y/o familiar; manejo médico; estrategias y componentes por sexo y/o grupo etario);</li> <li>5. Cierre y/o egreso;</li> <li>6. Referencia y</li> <li>7. Seguimiento;</li> </ul> </li> <li>f) Materiales, cronograma de actividades y Anexos. Avalado por la CESMA.</li> </ul> <p>El aval se da a partir de la revisión del manual por parte del personal de la CESMA y la evidencia puede ser el sello, la firma del personal, o bien un documento que avale la aprobación del manual de procedimientos de la misma institución o bien de la autoridad de salud responsable a nivel estatal.</p>



Área	Especificaciones del llenado de la Cédula
<p><b>4. Recursos Humanos</b></p>	<p><b>Para el caso del registro de Plantilla que labora en la Unidad en las tres cédulas de supervisión</b>, se deberá registrar el listado del personal con el cual opera el establecimiento y que tienen una remuneración por su trabajo.</p> <p>Las funciones van desde personal de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección,</li> <li>• Medicina,</li> <li>• Psicología,</li> <li>• Enfermería,</li> <li>• Trabajo social,</li> <li>• Consejería,</li> <li>• Apadrinamiento,</li> <li>• Tesorería,</li> <li>• Secretaria/recepcionista,</li> <li>• Cocina,</li> <li>• Limpieza,</li> <li>• Vigilancia, otros.</li> </ul> <p>Para el caso del personal profesional (medicina, psicología) o de consejería que trabaja en la atención directa con las personas usuarias, se debe de colocar el número de horas dedicadas a ellas con la finalidad de identificar la suficiencia del personal en relación a la capacidad instalada.</p> <p>Cabe precisar, que en el caso de que el personal Directivo/Responsable haga las funciones de consejería, se tomará la función de Dirección ya que el establecimiento debe de contar con esta figura.</p> <p>Respecto al registro de la columna de Certificado de competencias se identificará el número del certificado.</p> <p>En la columna de Certificado de competencias se deberá registrar <b>SI o NO</b> en el caso de que el personal de consejería esté o no certificado en el EC0548 (Estándar de Competencias EC0548 Consejería en Adicciones).</p> <p>Se solicitará el certificado del Consejero como evidencia (<b>Ver Anexo 8</b>) y se colocará en el apartado de No. de Cédula Profesional/# de certificado competencias laborales/ Observaciones el número de certificado.</p> <p>Para el caso de personal profesional, se anotará en la misma columna el número de cédula profesional.</p> <p>En las cédulas de ayuda mutua y mixto, en los ítems donde se indica: "Verificar la existencia de al menos un consejero/a en adicciones certificado en el Estándar de Competencias EC0548 Consejería en Adicciones", <b>no será considerado dentro de la supervisión, ni contará en el puntaje final obtenido.</b></p>



Área	Especificaciones del llenado de la Cédula
<p><b>5. Proceso de Atención</b></p>	<p>En el caso de las tres cédulas referente a la valoración médica se verificará lo siguiente:</p> <p><b>Ayuda Mutua, Mixto y Profesional:</b> “Verificar en el expediente la historia clínica realizada durante las primeras 48 hrs. al ingreso de la persona. El documento deberá contener: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales (patológicos y no patológicos), antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, padecimiento(s) actual(es), interrogatorio, exploración física, resultados de estudios, tratamientos previos y resultados, diagnósticos o problemas clínicos; nombre, firma y número de cédula profesional del médico.</p> <p>Respecto al ítem de la cédula de Ayuda Mutua: “Ingreso estrictamente voluntario”. Se considerará la información contenida del consentimiento informado del expediente clínico.</p> <p>En el caso de que en las entrevistas se haya encontrado evidencia contraria del tipo de ingreso y con la finalidad de resguardar la confidencialidad de las personas entrevistadas este ítem no será modificado durante la supervisión, sin embargo, se notificará esta inconsistencia en el Reporte General de Observaciones.</p>
<p><b>6. Satisfacción de la persona usuaria</b></p>	<p>Para el caso del numeral de las tres cédulas: <i>“Verificar la existencia de un sistema de control, apertura de buzón, de seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones, que se lleven a cabo por una institución/sociedad civil/dependencia externa al centro, con una periodicidad mensual y se levante un acta.”</i> Es de suma importancia revisar si cuenta con el acta firmada de la lectura de las quejas, sugerencias y felicitaciones por una institución debidamente constituida externa al centro. <b>Si no cuenta con ésta se colocará como: No cumple.</b></p>

**Consideraciones:**

- Para la evidencia documental de las áreas de: Identificación, Características, organización del establecimiento, recursos humanos, y satisfacción de la persona usuaria, se sugiere entrevistarse con el personal directivo, persona responsable o encargada del establecimiento.
- Para la evidencia documental del área de proceso de atención: pre ingreso, ingreso, evaluación, proceso terapéutico, proceso de egreso, derivación/referencia y contra referencia, se sugiere entrevistarse con el equipo profesional de la salud (personal médico, psicológico, enfermería, trabajador social, etc.), y madrinas/ padrinos/ personal de consejería en adicciones.
- Para la observación de los aspectos relacionados con las áreas de: Servicio de Alimentación, Infraestructura, se sugiere el acompañamiento de un profesional, encargado o consejero que conozca a detalle el inmueble.
- Para la revisión del proceso terapéutico, la persona indicada es un/a psicoterapeuta/



padrino, madrina/ personal consejero en adicciones, debido a que la persona elegida deber brindar dicha atención.

## 5. Entrevistas

Duración: 85 a 100 min.

En este apartado se describirán las actividades para la realización de las entrevistas a personas usuarias y al profesional médico.

### 5.1. Entrevistas a personas usuarias (S1)

Para llevar a cabo las entrevistas, se deberán seleccionar al azar, cinco personas usuarias, se sugiere identificarles a través de la lista de ingresos o bien aquellas que durante el recorrido por las instalaciones muestren características que ameriten atención (personas que se perciben aisladas, tristes, con algún trastorno, que no correspondan con los criterios de inclusión). Se utilizará para este fin el formato de entrevista a personas usuarias (Anexo 9).

Además de lo anterior, se tomarán en consideración los siguientes criterios para la realización de las entrevistas:

- Elegir a personas usuarias diversificadas de acuerdo a la temporalidad en la que se encuentren en internamiento, es decir, se pueden elegir de recién ingreso, de dos semanas, de un mes, tres meses o más.
- En caso de que el establecimiento brinde atención a población femenina y masculina, población LGTBTTTIQ+ así como a diversos grupos etarios, procurar que las entrevistas sean variadas y cubran la diversidad de la población.

Asimismo, se realizarán las siguientes acciones para la aplicación de las entrevistas de acuerdo a tres tiempos:

#### 1) Preparación de las entrevistas:

- Se debe de elegir a las personas usuarias de acuerdo a los criterios mencionados anteriormente y solicitar al personal directivo los expedientes respectivos con la finalidad de cotejar la información expresada por la persona y lo plasmado en el



expediente.

- Se necesita contar con un espacio privado, para generar un clima de confianza y respeto a la confidencialidad de la persona entrevistada.

## 2) Durante las Entrevistas:

- El/la supervisor/a deberá de presentarse ante la persona entrevistada indicando su nombre, la procedencia de la institución que se representa, la finalidad de la entrevista, el objetivo de la supervisión y que dicha entrevista se llevará a cabo bajo criterios de confidencialidad los cuales implican que el personal del centro no tendrá acceso a esa información. Además, preguntará su nombre y datos sociodemográficos como edad y sexo.
- En caso de que las supervisiones sean realizadas por una autoridad federal, las entrevistas se realizarán en conjunto con el personal de las Comisiones estatales de salud mental y adicciones.
- Si la persona entrevistada realiza alguna pregunta o solicitud personal, el/la supervisor/a deberá reiterarle el objetivo de la supervisión y se le clarificará el alcance de la entrevista.
- Al llevar a cabo las entrevistas, se sugiere utilizar técnicas de la entrevista motivacional, lenguaje propositivo, sin confrontar al momento de hacer las preguntas, siendo objetivos y sin dirigir las respuestas de las personas entrevistadas.
- Es necesario que en aquellos ítems donde la información proporcionada por la persona sea breve, se indague con la finalidad de identificar datos de relevancia.
- Es indispensable que el/la supervisor/a llene el espacio de observaciones proporcionando información sustantiva de lo que menciona la persona en la entrevista, que permita tener un panorama amplio acerca de las condiciones del establecimiento, así como de su proceso de atención.
- Previo al concluir la entrevista, el/la supervisor/a preguntará si quisiera comentar algo más o desea aportar alguna otra información.
- Al concluir la entrevista se debe agradecer la participación de la persona entrevistada.



- En caso de encontrar o tener duda de violaciones a los derechos humanos al momento de las entrevistas (ver definiciones en anexo 11), el número de éstas se ampliará a ocho, con el objetivo de tener más información y/o evidencia. En caso de corroborar dichas presunciones se tendrá que dar aviso a la autoridad judicial correspondiente del estado y realizar una nota sobre estos hallazgos.



### **Después de las Entrevistas:**

#### **Si la visita es realizada por supervisores federales se deberá realizar lo siguiente:**

En el caso de identificar posibles prácticas violatorias a los derechos humanos o la probable comisión de un delito en las entrevistas realizadas, se deberá realizar una nota informativa dirigida al/a Comisionado/a Estatal de Salud Mental y Adicciones la cual deberá de incluir:

- El relato expuesto por la o las personas entrevistadas para su atención, indicando su nombre (en caso de que desee proporcionarlo) o su media filiación .
- La solicitud expresa a la CESMA de dar aviso a las autoridades judiciales correspondientes, ésta deberá entregarse al representante de la CESMA con acuse de recibido una vez finalizada la supervisión y fuera del establecimiento. (Ver apartado 6.1).
- Para el caso del supervisor/a estatal, si identifica posibles prácticas violatorias a los derechos humanos o la probable comisión de un delito en las entrevistas realizadas deberá de dar vista a las autoridades judiciales correspondientes.

### **5.2. Entrevista al profesional médico (S2)**

- Así como en las entrevistas a personas usuarias, el/la supervisor/a deberá de presentarse ante el profesional médico indicando su nombre, la procedencia de la institución que se representa, la finalidad de la entrevista, el objetivo de la supervisión y que dicha entrevista se llevará a cabo bajo criterios de confidencialidad los cuales implican que el personal del centro no tendrá acceso a esa información.
- Se utilizará para este fin el Formato de Entrevista para Personal Responsable del Área Médica de los Establecimientos Residenciales (anexo 10).
- Se procederá posteriormente a la aplicación de la entrevista en un espacio privado

y favorecer que las preguntas se realicen de manera abierta para la ampliación de la información.

- En el caso, de que el personal médico no se encuentre al momento de la visita, se examinará la viabilidad de que a lo largo de la misma pueda hacerse presente y proceder a realizarla. Cuando no sea posible, (porque el médico no pueda asistir) no se llevará a cabo dicha entrevista.

## 6. Sesión de retroalimentación, llenado del reporte de áreas de oportunidad (S2) y en su caso elaboración de Nota Informativa.

Duración: 40 min.

Una vez concluida la revisión de las evidencias de la cédula y realizadas las entrevistas, es muy importante que los integrantes del equipo se reúnan en un espacio privado, para poder realizar el análisis de las evidencias encontradas y con ello cotejar las dos fuentes de información. A continuación, se verá un ejemplo de la importancia de realizar esta reunión:

Ejemplo:

*En el recorrido por las instalaciones el/la supervisor/a 1 coloca en la cédula 20 camas (capacidad instalada) y el supervisor 2, coloca 25 camas (capacidad instalada)*

*¿Qué alternativa se puede dar para la solución de esta discrepancia en la información?*

*Para asegurar la información del número de camas el equipo de supervisión procederá a contar nuevamente éstas para colocar el número correcto en la cédula.*

Asimismo, en esta reunión se verificará que todos los campos de la cédula estén debidamente requisitados. En aquellos ítems en los que se marca No Cumple, es indispensable integrar las observaciones que indiquen específicamente la razón por la cual se dio el incumplimiento.



Ejemplo:

2. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN			
No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar	
		<p>2.1.1 Comprobar la existencia de menús alimentarios SEMANALES BALANCEADOS y de acuerdo con el estado de salud de las personas usuarias. Evidencia: Ver los menús firmados y avalados por un profesional en nutrición, nombre, firma y cédula profesional.</p>	
		<p>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 del establecimiento, observación del supervisor. 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.</p>	

Consultando todos y cada uno de los rubros de la Cédula de Supervisión se procederá a completar el Reporte de Áreas de Oportunidad (Anexo 12), actuando de manera ética y objetiva, de acuerdo al Código de ética del personal supervisor estatal (Anexo 13).

En caso de no contar con la versión de la cédula de Excel, en la que automáticamente se llena el reporte de áreas de oportunidad, se deberá llenar el documento en físico, colocando exclusivamente los numerales con incumplimientos y observaciones.

### 6.1. Elaboración de Nota Informativa

Se realizará en aquellas supervisiones en las cuales se identifiquen posibles prácticas violatorias a los derechos humanos o la probable comisión de un delito detectado en las entrevistas realizadas, o bien, cuando exista alguna eventualidad (por ejemplo: cuando no se realizó la supervisión o no se permitió el acceso al equipo de supervisión al establecimiento, por cuestiones de seguridad, entre otros).

Se deberá redactar la Nota Informativa en la sesión de retroalimentación y estará dirigida a la Dirección responsable de estos asuntos en la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, en la cual se describa de manera detallada los hechos o circunstancias observados y/o expuestos.

En el caso de identificar posibles prácticas violatorias a los derechos humanos o la probable comisión de un delito en las entrevistas realizadas, además del aviso a la



autoridad judicial competente, se deberá realizar una nota informativa dirigida al/a Comisionado/a Estatal de Salud Mental y Adicciones la cual deberá de incluir:

- El relato expuesto por la o las personas entrevistadas para su atención, indicando su nombre (en caso de que desee proporcionarlo) o su media filiación<sup>3</sup>.
- La solicitud expresa a la CESMA de **dar Aviso a las autoridades judiciales correspondientes**, ésta deberá entregarse al representante de la CESMA con acuse de recibido una vez finalizada la supervisión y fuera del establecimiento. (Ver apartado 6.1).

Para el caso del supervisor/a estatal, si identifica posibles prácticas violatorias a los derechos humanos o la probable comisión de un delito en las entrevistas realizadas deberá de **dar vista a las autoridades judiciales correspondientes**.

## 7. Entrega del reporte de áreas de oportunidad y del material de apoyo

Duración: 20 min.

Procedimiento de entrega:

1. Se deberán imprimir **tres juegos del Reporte de áreas de oportunidad**, una para entregar al personal Directivo del establecimiento, al enlace de la CESMA y para el equipo de supervisión de CONASAMA.
2. Posterior a su entrega, el supervisor a cargo deberá dar lectura del Reporte de Áreas de Oportunidad al personal directivo del establecimiento. Es necesario dar retroalimentación reforzando los cumplimientos de las áreas observadas. Posteriormente se mencionarán los incumplimientos de la cédula, haciendo hincapié en que son áreas en las que el centro puede mejorar para optimizar la calidad de sus servicios, y que es indispensable que los subsane, para lo cual puede recibir asesoría u orientación por parte de la CESMA.

<sup>3</sup> Definida como la descripción precisa de las diversas características de un individuo.

### Se debe de tomar en cuenta lo siguiente:

- Prescindir de expresiones con uso de etiquetas y frases como: “está mal”, “está feo”, “está mal hecho”, “es incorrecto”, “no debe ser así”, “¿quién le dijo que así se hacía?”, entre otras.
- Utilizar frases que describan lo que es necesario mejorar para cubrir el lineamiento, señalando posibles alternativas de acción. Por ejemplo: “Para otorgar un mejor servicio, sería importante realizar...”, “las mejoras ayudarán a crecer a su establecimiento”, “sería importante que cualquier duda la comparta al personal de la CESMA”.
- Evitar dar información obtenida de las entrevistas realizadas, por ejemplo: “Esa información la obtuvimos en las entrevistas”, “un usuario nos dijo en las entrevistas que se quedaba con hambre, por lo cual en el área de alimentación se colocó que hay comida insuficiente”. Es importante recordar que las entrevistas son estrictamente confidenciales.
- Evitar completamente entrar en controversia con el responsable.

3. Después de la lectura del Reporte de áreas de Oportunidad se deberá **rubricar cada hoja por el director del establecimiento, el enlace de la CESMA y del equipo de supervisión** (según sea el caso) y firmar en la última hoja en el apartado correspondiente.

3.1 Si la supervisión es federal el equipo deberá entregar una copia del reporte de áreas de oportunidad al director/a del centro y al enlace de la CESMA, con acuse de recibo.

3.2 Si la supervisión es estatal el/la supervisora deberá entregar una copia del reporte de áreas de oportunidad al director del centro con acuse de recibo.

- En el caso de que exista alguna inconformidad por parte del personal del establecimiento hacia el proceso de supervisión, se le invitará a plasmarlo en la evaluación del desempeño del equipo de supervisión.
- Es importante hacer del conocimiento al personal directivo del establecimiento que se dará seguimiento a sus áreas de mejora.



- En el caso de las supervisiones para Reconocimiento, el equipo de supervisión entregará material de apoyo con información relativa a la normatividad aplicable y material del proceso terapéutico; Asimismo, se le informará a través de la CESMA los resultados obtenidos.

## 8. Solicitud del formato de evaluación del equipo supervisor en sobre cerrado (S3)

Una vez entregados el Reporte de Áreas de Oportunidad y el material de apoyo (información relativa a la normatividad aplicable y del proceso terapéutico), se solicitará al director/responsable del establecimiento el formato de evaluación del equipo de supervisión (Anexo 15) mismo que deberá entregar debidamente requisitado por ambos lados, firmado y en un sobre cerrado; en caso contrario, el supervisor/a deberá sellarlo frente al responsable, ya sea engrapándolo o pegándolo con algún material adhesivo.

El equipo de supervisión cerrará el proceso señalando que la información recabada se hará llegar al área coordinadora de la CONASAMA, quién será la encargada de informarle a través de la CESMA, el dictamen final de reconocimiento/ratificación. Se le informará que los tiempos de entrega de los resultados serán conforme a los Lineamientos para el Reconocimiento y Ratificación a establecimientos Residenciales vigentes, y agradecerán al personal del establecimiento las facilidades otorgadas para llevar a cabo la visita.

## 9. Actividades a realizar una vez finalizada la supervisión in situ

Una vez finalizada la supervisión in situ, se deberán realizar algunas actividades que complementan el proceso de supervisión. Éstas constan en el llenado de instrumentos que nos dan una perspectiva cualitativa del proceso de evaluación y de las personas que interactúan en él. Las actividades son las siguientes:

### **a) Entrega de Nota Informativa (en el caso de que aplique).**

Se realizará en aquellas supervisiones en las cuales se identifiquen posibles prácticas violatorias a los derechos humanos o la probable comisión de un delito, o bien cuando exista alguna eventualidad (por ejemplo: cuando no se pudo realizar la supervisión o no se permitió el acceso al equipo de supervisión al establecimiento, por cuestiones de seguridad, entre otros). Asimismo, la CESMA deberá planificar una visita con el Comité Estatal de Supervisión a Establecimiento Residenciales (CES) para una posible suspensión de actividades del centro.



### Si la visita es realizada por supervisores federales se deberá realizar lo siguiente:

En el caso de identificar posibles prácticas violatorias a los derechos humanos o la probable comisión de un delito en las entrevistas realizadas, se deberá realizar una nota informativa dirigida al/a Comisionado/a Estatal de Salud Mental y Adicciones la cual deberá de incluir:

- El relato expuesto por la o las personas entrevistadas para su atención, indicando su nombre (en caso de que desee proporcionarlo) o las características de la persona.
- La solicitud expresa a la CESMA de **dar aviso a las autoridades judiciales correspondientes**, ésta deberá entregarse al representante de la CESMA con acuse de recibido una vez finalizada la supervisión y fuera del establecimiento. (Ver apartado 6.1).

Para el caso del supervisor/a estatal, si identifica posibles prácticas violatorias a los derechos humanos o la probable comisión de un delito en las entrevistas realizadas **deberá de dar aviso a las autoridades judiciales correspondientes (Anexo 11)**.

#### **b) Llenado del Reporte General de Observaciones (PS1)**

Este reporte recaba información cualitativa del establecimiento supervisado y es de suma importancia ya que nos ofrece una radiografía de lo observado por el equipo, además de que se agregan elementos que no están contemplados en la cédula de supervisión como: ubicación geográfica del centro, prácticas violatorias a los derechos humanos, aspecto físico de las personas usuarias e indicio de maltrato, opinión del equipo de supervisión respecto al otorgamiento del reconocimiento/ratificación del centro y posibles actos de corrupción en la supervisión.

Una vez concluida la visita, es muy importante que los integrantes del equipo se reúnan para llenar el reporte general de observaciones, el cual se llenará cuidadosamente cada apartado de manera ética y objetiva; además, se deben dar a la tarea de verificar que la información plasmada concuerde con lo obtenido en la cédula de supervisión, el reporte de áreas de oportunidad y las entrevistas. Este reporte se llenará cuidadosamente siendo lo más éticos y objetivos posibles (Anexo 13).

Nota: Es importante que el llenado de este reporte se realice el mismo día de la supervisión para contar con información precisa y veraz, ya que de no realizarlo de esa forma se corre el riesgo de olvidar, omitir y/o cometer errores en el llenado del mismo.



**c) Llenado de la Evaluación del desempeño del personal de la CESMA por el equipo de supervisión de la CONASAMA (en caso de que exista participación federal en la supervisión) (PS2).**

El propósito de esta evaluación es identificar el trabajo realizado en conjunto entre el equipo estatal (CESMA) y el federal, así como observar áreas de mejora en pro de fortalecer la comunicación y colaboración en el proceso de reconocimiento. Integra áreas como puntualidad, organización e interacción.

Este instrumento deberá ser llenado por el equipo de supervisión de CONASAMA y se realiza al finalizar las supervisiones programadas en el estado, debe realizarse en apego al código de ética del personal supervisor y con la mayor objetividad posible para seguir fortaleciendo esfuerzos coordinados entre ambas instituciones.

Este formato deberá entregarse en un sobre cerrado a personal de la CONASAMA (Anexo 17).

**d) Llenado de la Evaluación del desempeño del equipo de CONASAMA por el personal de la CESMA (en caso de que exista participación federal en la supervisión) (PS3).**

El propósito de esta evaluación es identificar el trabajo realizado en conjunto entre el equipo estatal (CESMA) y el federal (CONASAMA), así como observar áreas de mejora en pro de fortalecer la comunicación y colaboración en el proceso de reconocimiento. Integra áreas como puntualidad, organización e interacción.

Este instrumento deberá ser llenado por el enlace de la CESMA y se realiza al finalizar las supervisiones programadas en el estado, debe realizarse en apego a la ética del personal supervisor estatal y con la mayor objetividad posible para seguir fortaleciendo esfuerzos coordinados entre ambas instituciones.

Una vez concluida la visita federal, personal de la Subdirección del área responsable, enviará al enlace de la CESMA la evaluación en electrónico y deberá ser escaneado y enviado en formato PDF al correo: [est.resid.conasama@salud.gob.mx](mailto:est.resid.conasama@salud.gob.mx) (Anexo 18).

**e) Evaluación del desempeño entre los integrantes del equipo de supervisión (en caso de que exista participación federal en la supervisión) (PS4).**



El objetivo de esta evaluación es identificar áreas de oportunidad en el desempeño de cada uno de los supervisores federales. Deberá ser llenado por los integrantes del equipo y entregado a CONASAMA vía correo electrónico una vez concluida la supervisión en el estado.

Esta evaluación aplica sólo para las visitas federales.



## 10. Consideraciones de Seguridad para realizar las visitas de supervisión

- Informa a la Coordinación superior inmediata la ubicación de los establecimientos residenciales a los cuales acudirás a supervisar.
- Mantén contacto constante con tus supervisores inmediatos.
- Si tienes una aplicación en tu celular en la cual te puedan ubicar, mantenla abierta.
- Cuenta con saldo telefónico disponible para la salida de las llamadas.
- Si observan situaciones de riesgo en el camino a la supervisión, reagenda la visita y/o cancélala y da aviso inmediato a tus autoridades.
- Siempre porta tu gafete de identificación.
- Procura el uso de uniforme institucional y ropa cómoda (en el caso de cada institución).
- Evita lugares y horarios que puedan ponerte en riesgo.



## 11. Actividades a realizar por rol de supervisión

Al llevar a cabo las supervisiones a los establecimientos residenciales es imprescindible que participe más de una persona, con la finalidad de eficientar tiempos, favorecer la seguridad, evitar el desgaste personal, contar con un panorama más amplio y objetivo del centro.

Para ello, se recomienda dividir las actividades entre el equipo de supervisión.

Tabla 6. Actividades a realizar en la supervisión in situ.

Actividades Supervisor/a 1	Actividades Supervisor/a 2
1. Presentación	3. Recorrido por las Instalaciones y toma de fotografías.
2. Conferencia de apertura	Revisión de evidencias de la cédula de supervisión:
3. Recorrido por las instalaciones	1. Infraestructura
Revisión de evidencias de la cédula de supervisión:	2. Servicios de alimentación
I. Identificación	6. Satisfacción de la persona usuaria.
II. Características	
3. Organización del establecimiento.	• Realización de entrevistas a personas usuarias y profesional médico con acompañamiento del personal de las CESMA'S (tomando un rol activo en las mismas).
4. Recursos Humanos	
5. Proceso de atención	• Llenado de reporte de áreas de oportunidad
• Llenado del reporte de áreas de oportunidad	• Evaluación del desempeño entre el equipo de supervisión.
• Cierre de la supervisión	
• Evaluación del desempeño entre los integrantes del equipo de supervisión.	
<b>Actividades a realizar en conjunto:</b>	
• Llenado del reporte de áreas de oportunidad	
• Elaboración de Nota Informativa	
• Llenado de Reporte General de Observaciones	
• Llenado de Evaluación del Desempeño del enlace de la CESMA	

Cabe señalar que esta distribución de actividades no es limitativa y entre los integrantes del equipo pueden hacer modificaciones de acuerdo a las necesidades de la supervisión.



## VI. Categorización de Puntajes de las Cédulas de Supervisión

Se considera importante que el supervisor conozca e identifique las áreas de las cédulas de supervisión que puntúan más, con la finalidad de conocer si el establecimiento cumple con los estándares mínimos de calidad para considerarlo como apto o no apto para el reconocimiento o bien para retroalimentar al personal del establecimiento.

En las tablas 7, 8 y 9 se muestran las puntuaciones que arroja cada cédula de supervisión, así como su porcentaje correspondiente.

Tabla 7. Puntajes Cédula **Supervisión Profesional.**

#	Áreas	Puntaje	%
1	<b>Infraestructura</b>	<b>112</b>	36%
2	<b>Servicio de alimentación</b>	<b>12</b>	4%
3	<b>Organización del establecimiento</b>	<b>38</b>	12%
4	<b>Recursos humanos</b>	<b>18</b>	6%
5	<b>Proceso de la Atención</b>	<b>130</b>	41%
6	<b>Satisfacción de la persona usuaria</b>	<b>4</b>	1%
	<b>TOTAL</b>	<b>314</b>	100%

Tabla 8. Puntajes Cédula **Supervisión Mixta.**

#	Áreas	Puntaje	5%
1	<b>Infraestructura</b>	<b>95</b>	33%
2	<b>Servicio de alimentación</b>	<b>12</b>	4%
3	<b>Organización del establecimiento</b>	<b>34</b>	12%
4	<b>Recursos humanos</b>	<b>23</b>	8%
5	<b>Proceso de la Atención</b>	<b>124</b>	42%
6	<b>Satisfacción de la persona usuaria</b>	<b>4</b>	1%
	<b>TOTAL</b>	<b>292</b>	100%



Tabla 9. Puntajes Cédula **Supervisión Ayuda Mutua**.

#	Áreas	Puntaje	%
1	<b>Infraestructura</b>	<b>88</b>	35%
2	<b>Servicio de alimentación</b>	<b>12</b>	5%
3	<b>Organización del establecimiento</b>	<b>33</b>	13%
4	<b>Recursos humanos</b>	<b>23</b>	9%
5	<b>Proceso de la Atención</b>	<b>90</b>	36%
6	<b>Satisfacción de la persona usuaria</b>	<b>4</b>	2%
	<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	100%



## VII. Procedimiento de captura de datos en las cédulas de Excel

La integración de la cédula de supervisión a establecimientos residenciales en formato electrónico ha contribuido en automatizar procesos, permitiendo eficientar tiempos los cuales se han visto reducidos dado las funcionalidades que tiene el instrumento.

A continuación, se mostrará al personal de supervisión como utilizar las cédulas en formato electrónico con la finalidad de aplicarla al momento de realizar la visita al establecimiento residencial de atención a las adicciones.

### a) Apertura de un nuevo libro

En primera instancia es necesario identificar que el **libro de Excel** está habilitado para funcionar con macros, es decir, con programas diseñados utilizando un lenguaje Visual Basic el cual le permite tener mayores funcionalidades y mayores desempeños, por lo que al instalar el archivo en un ordenador se verá como la figura 1.

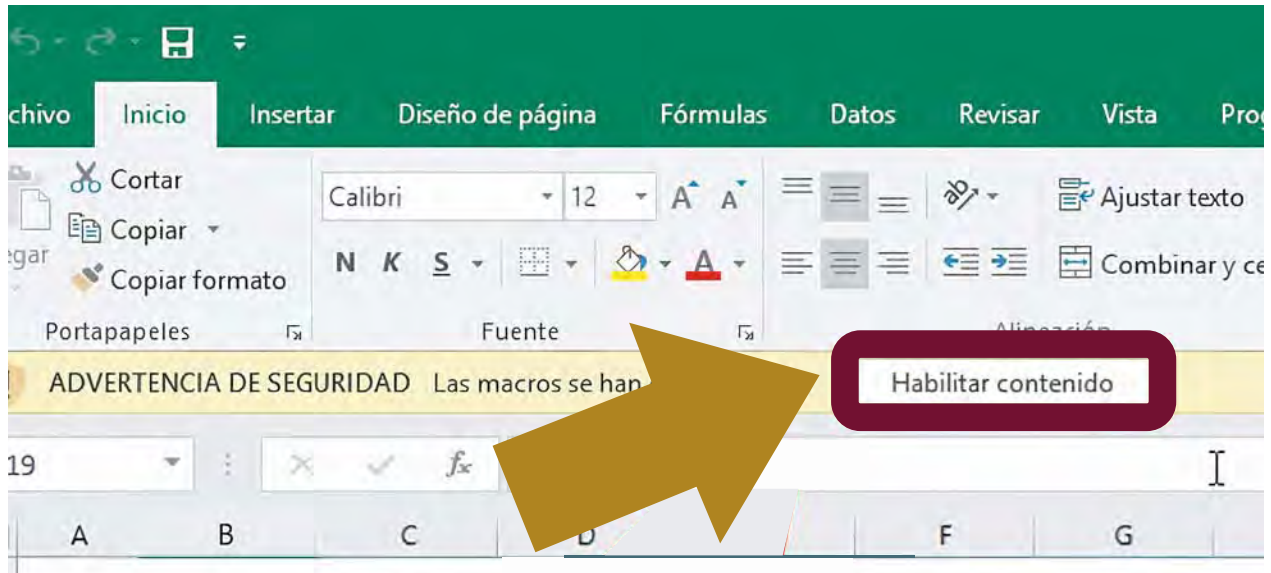
Figura 1. Vista del libro de Excel con macros.



Al abrir por primera vez un archivo Excel, nos lanzará una cintilla en color amarillo la cual nos advertirá sobre la habilitación de las macros, es necesario que cuando se habrá por primera vez estos archivos, le permitamos habilitar el contenido dando clic en la ventana como se observa en la figura 2.



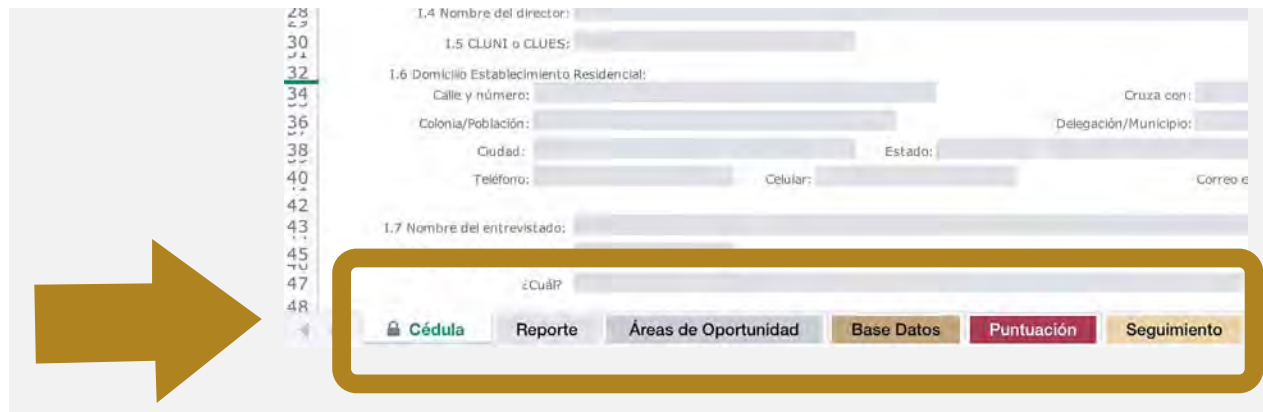
Figura 2. Habilitación de las macros en la cédula de supervisión en Excel.



### b) Estructura del Libro

El libro de Excel se encuentra constituido por varias hojas o pestañas denominadas: "Cédula", "Reporte", "Áreas de Oportunidad", "Base Datos", "Puntuación" y "Seguimiento". Esto como está representado en la figura 3. Se elegirá la hoja denominada "Cédula" para realizar el levantamiento de la información recabada durante la supervisión.

Figura 3. Hojas que integran las cédulas de supervisión de establecimientos residenciales de atención a las adicciones.



### c) Navegación y captura en la hoja nombrada Cédula

La navegación en la hoja de "Cédula" entre una celda y otra la podemos realizar con las teclas de dirección, es importante señalar que, para una mejor navegación, sólo utilicemos las teclas de la derecha o izquierda (ver figura 4).

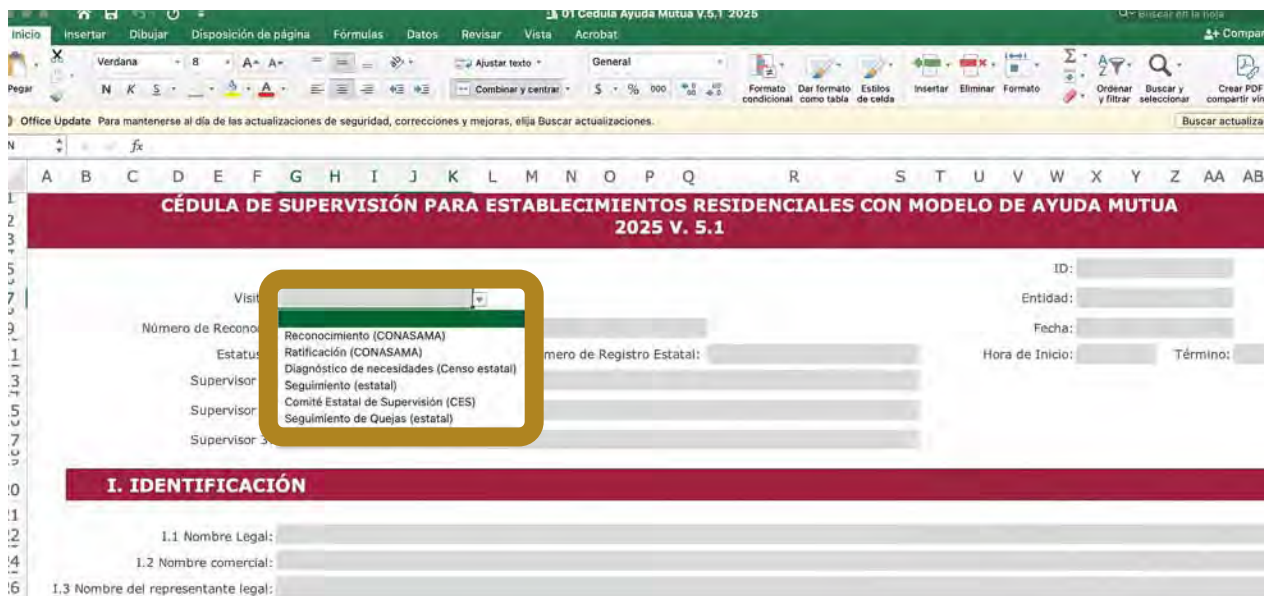


Figura 4. Representación de un teclado para realizar la navegación en la cédula de supervisión.



Por otro lado, es importante resaltar que al posicionarse en una celda de la hoja "Cédula", algunas opciones de respuesta cuentan con ventanas desplegables. Esto quiere decir que se tiene más de una opción para la pregunta, de las cuales es necesario elegir sólo una, esto se puede realizar dando clic desplegando la lista y eligiendo la opción que corresponda (figura 5).

Figura 5. Ejemplos de listas desplegables insertas en las cédulas de supervisión.



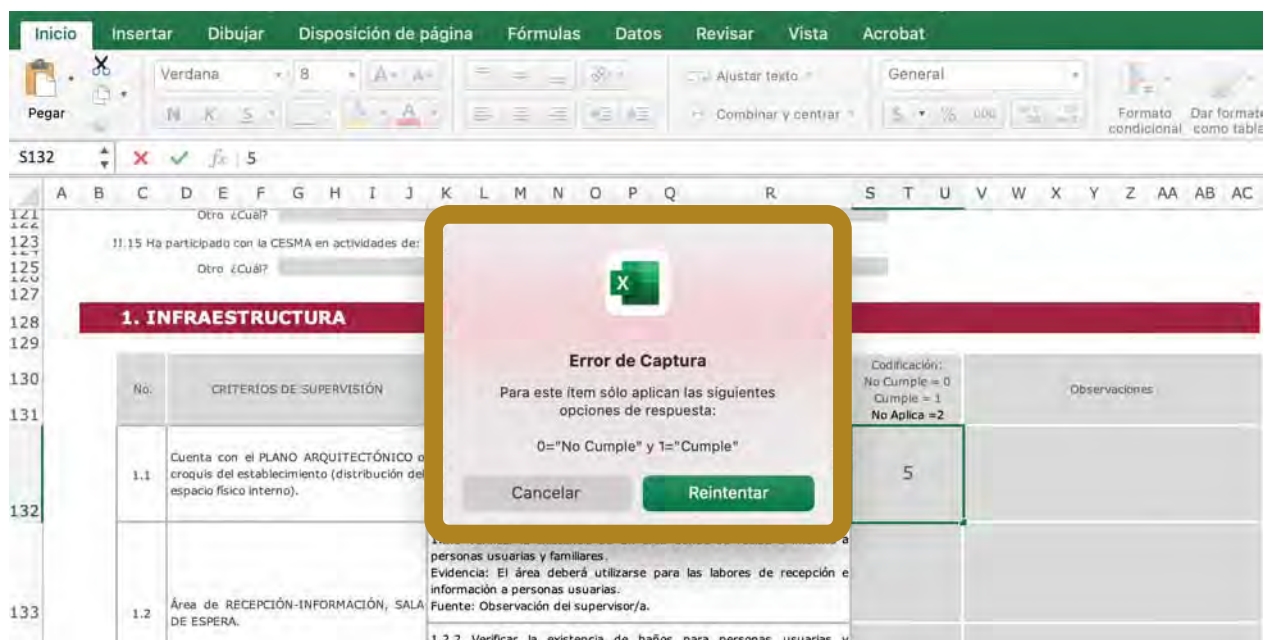
Asimismo, en las cédulas de supervisión en excel existen áreas de color gris la cual está habilitada para colocar datos. En cada numeral de la cédula, tendrá las columnas destinadas para ingresar datos. En la columna denominada "Codificación" se capturarán los valores "0", "1" o "2", los cuales equivalen: 0= No cumple; 1=Cumple; 2= No aplica. Si se capturara otro valor, la hoja arrojará un mensaje de error (figuras 6 y 7).



Figura 6. Columnas para la captura de datos en las cédulas de supervisión.

Columnas de captura		
ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
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.		
1.2.1 Verificar la existencia de un área donde se reciba e informe a personas usuarias y familiares. Evidencia: El área deberá utilizarse para las labores de recepción e información a personas usuarias. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.2.2 Verificar la existencia de baños para personas usuarias y familiares. Evidencia: Baño en recepción. Fuente: Observación del supervisor/a.		

Figura 7. Mensaje de error/cédula mal capturada.



Por otro lado, en la pestaña “Puntuación”, se observará la categorización de los puntajes por cada ítem. Los marcados en rojo son Obligatorios (figura 8).

Figura 8. Vista de la hoja de Puntuación de las cédulas de supervisión en Excel.

ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR		MAXIMO TOTAL	PORCENTAJE PONDERADO	OPCIÓN "No Aplica"
4.2.1	Verificar la existencia de pruebas negativas de detección de metabolitos en orina o saliva, que avale la abstinencia de al menos 2 años y serán a través de pruebas de 5 elementos cada 6 meses. Evidencia: Pruebas de laboratorio o de alguna institución perteneciente a la Secretaria de Salud de los elementos de al menos de 6 meses en los últimos 2 años.	3	1.20%	

#### d) Proceso de Datos

Una vez realizado el levantamiento total de los datos en la cédula de supervisión en excel, estos se alojarán de manera automática en la pestaña “Base Datos” y se procesarán en conjunto con las ponderaciones de los resultados, por lo que se podrán reflejar de manera automática en la pestaña “Reporte” (figura 9).

En esta sección se visualizarán de manera gráfica los resultados de la evaluación por área, y por porcentaje global, así como una gráfica de avance por área y un resumen de los ítems obligatorios que no cumplieron.

Figura 9. Vista de la hoja denominada “Reporte” en las cédulas de supervisión en Excel.

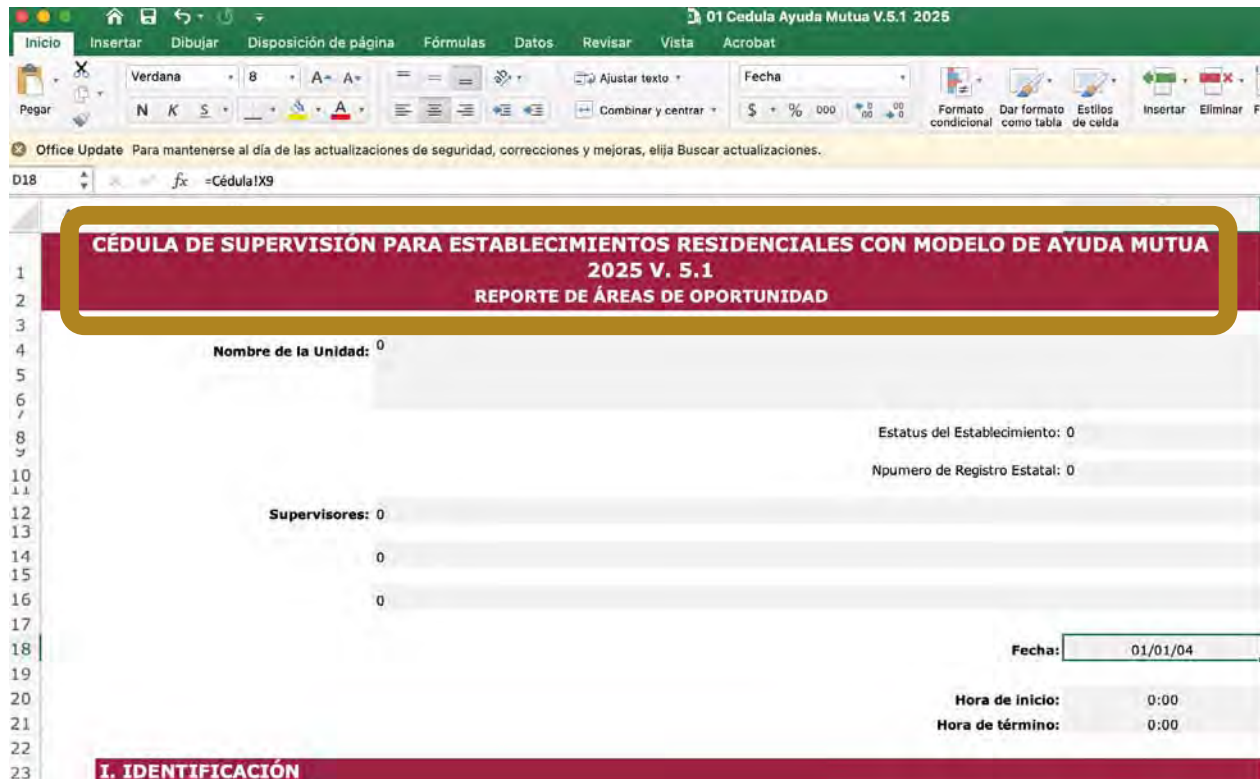
	Área	Puntuación		Porcentaje	
		Máx.	Obt.	Máx.	Obt.
1	Infraestructura	88	0	35%	0%
2	Servicio de Alimentación	12	0	5%	0%
3	Organización del Establecimiento	33	0	13%	0%
4	Recursos Humanos	23	1	9%	0%
5	Proceso de la Atención	90	0	36%	0%
6	Satisfacción del Usuario	4	0	2%	0%
	<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>



### e) Reporte de Áreas de Oportunidad

En la Cédula de supervisión de Excel, en la pestaña denominada “Áreas de Oportunidad”, se concentra la información de los ítems de los cuales no se encontró suficiente evidencia de su implementación y por lo tanto se puntuaron como “No Cumple”. Este reporte se completa de manera automática con el llenado de la hoja denominada “Cédula” (figura 10).

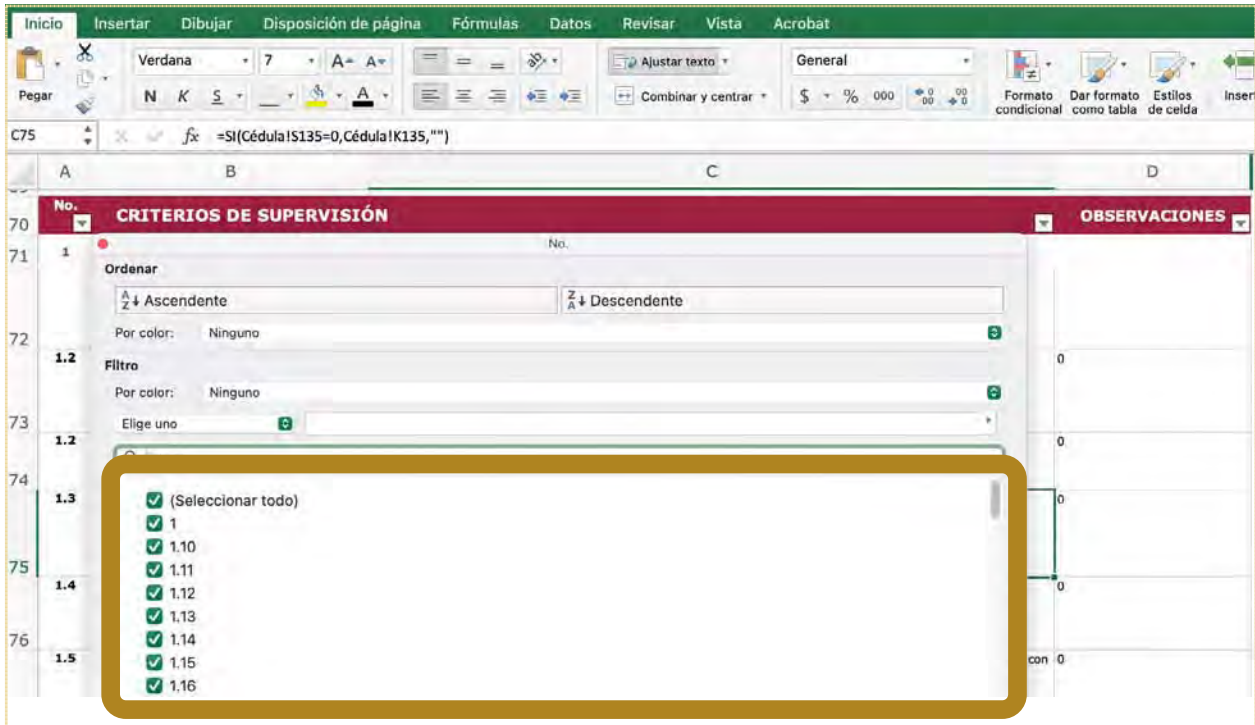
Figura 10. Vista del reporte de áreas de oportunidad.



En esta misma línea y con la finalidad de contar con un informe breve de las Áreas de oportunidad, es importante que, al momento de imprimir el Reporte, se eliminen las celdas vacías. Esto se realiza filtrando las celdas vacías, para lo cual, es necesario dar clic en la flecha hacia abajo que aparece en la columna “No.” (número). Con ello, se desplegará una ventana que indica que las celdas están “activas”. Es indispensable mover la barra de desplazamiento hasta abajo para deshabilitar la casilla de “vacías”, para que, de esta manera, se pueda imprimir el Reporte de Áreas de Oportunidad, tal como se muestra en figura 11.



Figura 11. Ejemplo de compactar el Reporte de Áreas de Oportunidad.



Por último, y para que los supervisores conozcan la forma en que se guarda el archivo en Excel, se sugiere que esta actividad sea asesorada tanto por nivel federal como por el estatal, ya que desde el nivel federal (en el caso del Programa de Reconocimiento, se asigna un número de identificador único, ID-U) y a nivel estatal se debe de guardar el archivo de acuerdo al registro que cada Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones asigne a los establecimientos.

Con este último apartado se concluye la guía para la supervisión de establecimientos residenciales de atención a las adicciones, esperando sea útil en el trabajo que realiza el personal supervisor tanto a nivel federal como estatal, con la finalidad de mejorar la calidad en la atención y el apego a la normatividad vigente y con ello brindar una atención adecuada a los usuarios de estos servicios.





# VIII. Anexos



# VIII. Anexos

## Anexo 1. Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales con Modelo de Ayuda Mutua.



### 📄 | Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales con Modelo de Ayuda Mutua.

Anexo 01

**I. IDENTIFICACIÓN**

1.1 Nombre lugar: \_\_\_\_\_  
1.2 Nombre establecimiento: \_\_\_\_\_  
1.3 Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_  
1.4 Nombre del servicio: \_\_\_\_\_  
1.5 Ciudad o ciudad: \_\_\_\_\_  
1.6 Denominación Establecimiento Residencial: \_\_\_\_\_  
1.7 Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_  
1.8 Cargo del establecimiento: \_\_\_\_\_

**II. CARACTERÍSTICAS**

2.1 Tipo de institución: \_\_\_\_\_  
2.2 Entidad responsable: \_\_\_\_\_  
2.3 Tipo de régimen:  Estabilidad  Rotativo en caso de urgencia  
2.4 Categoría del establecimiento:  de alta complejidad  de y + (Adultos mayores)  
2.5 Atención personalizada:  Personalidad  Conflicto con la ley  OMI  DMC  Tratamiento de crisis  Resguardo  
2.6 ¿Cuál es el modelo teórico que sustenta el funcionamiento del establecimiento? \_\_\_\_\_  
2.7 Fecha de inicio de operaciones del establecimiento: \_\_\_\_\_  
2.8 Tipo de atención que ofrece:  Atención  Asesoría  Rehabilitación  Rehabilitación  Tratamiento  Otros  
2.9 ¿El establecimiento brinda el servicio en modalidad de urgencia?  Sí  No  
2.10 ¿El establecimiento brinda el servicio en modalidad de atención?  Sí  No  
2.11 ¿El establecimiento brinda el servicio en modalidad de atención?  Sí  No  
2.12 ¿Cuál es el costo del establecimiento? \_\_\_\_\_  
2.13 Observaciones: \_\_\_\_\_

Categorías por edad		Capacidad instalada	Numero de camas ocupadas actualmente
Masculino	Adultos		
	Adultos mayores		
Femenino	Adultos		
	Adultos mayores		

Descarga el formato Aquí



## CÉDULA DE SUPERVISIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES CON MODELO DE AYUDA MUTUA 2025 V. 5.1

Visita: <input style="width: 100%;" type="text"/>	ID: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Número de Reconocimiento CONASAMA: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Entidad: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Estatus del Establecimiento: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Número de Registro Estatal: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Hora de Inicio: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Supervisor 1: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Término: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Supervisor 2: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Supervisor 3: <input style="width: 100%;" type="text"/>	

### 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?

mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012).  ¿Cuál?

II.2 Tipo de ingreso:  Voluntario  Voluntario en caso de urgencia

II.3 Tipo de población que atiende:

II.4 Categorías por edad:  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:
<b>Hombres</b>	Adultos	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Adultos mayores	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		0	0
<b>Mujeres</b>	Adultas	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Adultas mayores	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		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 Electrónico  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 CESMA 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 personas usuarias y familiares. Evidencia: El área deberá utilizarse para las labores de recepción e información a personas usuarias. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.2.2 Verificar la existencia de baños para personas usuarias y familiares. Evidencia: Baño en recepción. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.3	ÁREA para CONSEJERÍA INDIVIDUAL.	1.3.1 Verificar la existencia de un área <b>EXCLUSIVA</b> para consejería individual. Evidencia: El área deberá ser utilizada para labores de consejería o psicoterapia individual <b>garantizando la confidencialidad evitando en su totalidad el uso de audio o videograbación.</b> Fuente: Observación del supervisor/a.		
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. En algunos establecimientos en donde aplique. Podrá ser el área de usos múltiples sin que afecte su operación. Fuente: Observación del supervisor/a.		
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 las personas usuarias, 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/a.		
1.6	DORMITORIOS.	1.6.1 Verificar un área <b>EXCLUSIVA</b> para que las personas usuarias duerman. Evidencia: Área de dormitorio(s) exclusiva. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.6.2 Verificar que en los dormitorios existan las <b>SEÑALIZACIONES</b> adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.6.3 Verificar que los dormitorios se encuentren visiblemente <b>SEPARADOS</b> y <b>SEÑALIZADOS</b> , ya sea por sexo y/o por grupo etario cuando estas variables apliquen. Evidencia: Dormitorios separados para los grupos correspondientes. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.6.4 Verificar que el número de camas sean <b>SUFICIENTES</b> , ya sea por sexo y/o grupo etario cuando estas variables apliquen. Evidencia: Camas suficientes para los grupos correspondientes. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.6.5 Verificar que el espacio entre las camas tenga un mínimo de 60 cm a 1 mt. de separación a su alrededor (a excepción de las que estén pegadas a la pared). En caso de contar con literas/trileras el espacio de la altura entre camas debe de dar oportunidad de sentarse libremente a las personas y deberá contar con escaleras y barandal. Evidencia: Espacio mínimo de 60 cm. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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/a.		



1.7	SANITARIOS.	1.7.1 Verificar que en los sanitarios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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/a.		
		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/a.		
1.8	REGADERAS.	1.8.1 Verificar que en las regaderas existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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/a.		
		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/a.		
1.9	TINACO Y/O CISTERNA.	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/a.		
1.10	Área de COCINA.	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/a.		
1.11	Área de COMEDOR.	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/a.		
1.12	Área de ACTIVIDADES RECREATIVAS.	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/a.		
1.13	ÁREA DE RESGUARDO Y CONTROL DE MEDICAMENTOS con acceso restringido a las personas usuarias.	1.13.1 Verificar la existencia de un área exclusiva para resguardo de medicamentos con acceso restringido y limitado al personal. Evidencia: Área o mobiliario exclusivo para la guarda de medicamentos controlados, se deberá observar claramente el uso de restricciones para las personas usuarias tales como: candados, seguros o cerrojos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.13.2 Verificar que todos 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 y en sus empaques. Fuente: Observación del supervisor/a.		
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/a.		
		1.14.2 Verificar que el número de extintores corresponda con la amplitud de las instalaciones. Evidencia: Un extintor por cada 300m <sup>2</sup> de superficie o fracción, a 1.5m de altura desde el nivel del piso. Fuente: Observación del supervisor/a.		
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/a.		
		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/a.		



		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/a.		
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, abate lenguas, 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/a.		
1.17	Señalización de Espacio Libre de Humo de Tabaco.	1.17.1 Observar la existencia de la señalización con la leyenda: "Espacio 100% libre de tabaco y emisiones" Evidencia: Señalética ubicada donde sea visible para cualquier persona que ingrese al establecimiento. Fuente: Observación del Supervisor/a.		
		1.17.2 Observar la existencia de señalizaciones o letreros con la prohibición de fumar y la leyenda "Espacio 100% libre de tabaco y emisiones", al interior del establecimiento. Evidencia: Señaléticas y/o letreros al interior del establecimiento (la cantidad de señalizaciones deben ser de acuerdo al espacio y en consideración a la visibilidad de los mismos). Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.17.3 Durante el recorrido al establecimiento, deben de existir letreros que indiquen el número 800-966-3863 (NO FUME) o 800-911-2000 Para Denuncias en caso de incumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento. Evidencia: Señalética o letreros con los números para denuncias (la cantidad de señalizaciones deben ser de acuerdo al espacio y en consideración a la visibilidad de los mismos). Fuente: Observación del Supervisor/a.		

**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	
1.2	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	
<b>PROMEDIO</b>		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		

<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>Puntuación (Máx. 88 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 35%)</b>	<b>0%</b>



## 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 las personas usuarias 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 con el estado de salud de las personas usuarias. Evidencia: Ver los menús firmados y avalados por un profesional en nutrición, nombre, firma y cédula profesional.		
		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 y observación del supervisor/a. Nota: En caso de que no exista concordancia con lo observado en el menú, verificar que se esté brindando algún equivalente nutricional (Guías alimentarias saludables y sostenibles 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/a.		
		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/a.		
		2.1.6 Comprobar que los alimentos se encuentran debidamente resguardados para evitar su contaminación. En caso de que el servicio de alimentación sea otorgado por una institución u organización o un servicio subrogado, se solicitará contrato de prestación del mismo. Evidencia: Observar anaqueles, tarimas, entrepaños o cualquier superficie limpia para contener los alimentos y evitar su contaminación alejándolos del piso. alimentos en buen estado o contrato de prestación de servicios. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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/a.		

<b>SERVICIO DE ALIMENTACIÓN</b>	<b>Puntuación (Máx. 12 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 5%)</b>	<b>0%</b>

## 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 y actualizado, esto en función de cualquier modificación a su estructura, sus funciones y/o estatutos de su reglamento interno del establecimiento.		
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. Pre ingreso; 2. Ingreso ; 3. Evaluación; 4. Tratamiento (Intervención individual, grupal y/o familiar; manejo médico; estrategias y componentes por sexo y/o grupo etario); 5. Cierre y/o egreso; 6. Referencia y 7. Seguimiento; f) Materiales, cronograma de actividades y Anexos. Avalado por la CESMA. Evidencia: Documento escrito que contenga los puntos señalados anteriormente y cuente con el aval de la CESMA. (Deberá ser sujeto a actualizaciones periódicas en función a cualquier modificación a alguno de los procedimientos o de ciertos estatutos del reglamento interno).		
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 las personas usuarias.	3.8.1 Verificar la existencia del cartel con los derechos de las personas usuarias. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a las personas usuarias y familiares.		
3.9	Cuenta con REGLAMENTO INTERNO.	3.9.1 Verificar la existencia de un documento oficializado que establezca la puntualidad de la persona usuaria a sus sesiones; que se evita completamente el maltrato físico entre y hacia las personas usuarias; señala que se evita el empleo de palabras altisonantes entre y hacia las personas usuarias; establece los horarios de visita de los familiares. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente, lugar visible, personal del establecimiento.		
3.10	Cuenta con los CRITERIOS DE REFERENCIA sobre padecimientos que no pueden atender en lugar visible.	3.10.1 Verificar la existencia de los criterios de DERIVACIÓN 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. 3.10.2 Verificar que el establecimiento no admite personas con condiciones psiquiátricas primarias al consumo de sustancias. Evidencia: Durante el recorrido, en la revisión de expedientes (referencias) y en las entrevistas, no se encuentran personas con condiciones psiquiátricas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
3.11	Cuenta con los CRITERIOS DE INCLUSIÓN sobre padecimientos que se pueden atender en lugar visible.	3.11.1 Comprobar si los criterios de inclusión del establecimiento concuerdan con lo observado al interior del establecimiento. Evidencia: Observar que en el centro sólo se encuentren personas usuarias que cumplan con algún criterio de inclusión. Fuente: Observación del supervisor/a, nota de ingreso, etc.		
3.12	Notifica mensualmente al SISVEA los casos atendidos.	3.12.1 Verificar la existencia de notificaciones al SISVEA enviadas y selladas/ firmadas. Evidencia: Notificaciones impresas y/o electrónicas selladas y/o firmadas de recibido de los últimos dos meses previos a la visita. Fuente: Documento impreso.		
3.13	Líneamientos de seguridad, protección y vigilancia de las personas usuarias, por escrito, validados por PROTECCIÓN CIVIL.	3.13.1 Verificar la existencia de un programa interno validado por Protección Civil o Dictamen. Evidencia: Documento escrito oficializado vigente (de uno a dos años), firmado por el responsable de protección civil y con nombre y dirección del establecimiento.		
3.14	Control y erradicación contra fauna nociva.	3.14.1. 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. 3.14.2 Verificar la existencia de un cronograma de fumigación. Evidencia: Documento. Fuente: Personal del establecimiento.		

**ORGANIZACIÓN**

**Puntuación (Máx. 33 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 presenta un trastorno por adicción, y está en proceso de 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 2 años y serán a través de pruebas de 5 elementos cada 6 meses. Evidencia: Pruebas de laboratorio o de alguna institución perteneciente a la Secretaría de Salud de 5 elementos de al menos de 6 meses en los últimos 2 años.		
4.3	PERSONAL DE CONSEJERÍA / APADRINAMIENTO / AMADRINAMIENTO 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 2 años y serán a través de pruebas de 5 elementos cada 6 meses, en aquellos consejeros que brindan atención a personas usuarias. Evidencia: Pruebas de laboratorio de 5 elementos de al menos 6 meses en los últimos 2 años 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 han recibido capacitación en materia de adicciones. Evidencia: Documento oficial (certificado, constancia y/o diploma que sea emitido por alguna institución de salud, Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones, 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/a en adicciones certificado en el "Estándar de Competencias EC0548 Consejería en Adicciones". Evidencia: certificado oficial expedido por CONASAMA. 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	Valoración por personal médico.	4.5.1 Verificar la existencia de una valoración por personal médico dentro de las 48 horas posteriores a su ingreso Evidencia: Notas médicas con la fecha de realización, datos generales del usuario y descripción de su estado de salud, nombre, firma y cedula profesional del médico (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012). Fuente: Expediente y registro de ingresos.		
4.6	El PERSONAL de consejería es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias.	4.6.1 Verificar el número de personal de consejería para atender a cada persona usuaria de <b>forma individual</b> una vez por semana con una duración mínima de 45 minutos; para lo cual debe de haber el personal suficiente y exclusivo para esta actividad y atender la totalidad de la capacidad instalada (número de camas). Ejemplo: Si existen 40 camas instaladas deberá haber un consejero que esté 40 hrs a la semana o 2 consejeros que laboren 20 horas cada uno. Evidencia: Organigrama, cronograma de actividades y notas de consejería semanales en expediente clínico. Fuente: Expediente.		
4.7	Existe un código de ética y conducta de los consejeros y padrinos que laboran en el establecimiento.	4.7.1 Verificar la existencia del código de ética y conducta para los consejeros/as y padrinos/madrinas que laboran en el establecimiento. Evidencia: Tríptico, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a personas usuarias y familiares. Corroborar su conocimiento con el personal de consejería o padrinos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
4.8	El establecimiento cuenta con PERSONAL CAPACITADO para atender casos de EMERGENCIA.	4.8.1 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.		
		4.8.2 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/a/a.		
4.9	Capacitación del personal en Protección	4.9.1 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 el último año. El responsable de protección civil deberá estar presente al momento de la visita. Fuente: Personal del establecimiento.		



7.2	Civil.	4.9.2 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. El responsable de manejo de extintores deberá de estar presente al momento de la visita y puede ser más de uno. Fuente: Personal del establecimiento.		
-----	--------	--	--	--

RECURSOS HUMANOS	<b>Puntuación (Máx.23 pts.)</b>	<b>1</b>
	<b>Porcentaje (Máx.9%)</b>	<b>0%</b>

## 5. PROCESO DE LA ATENCIÓN

### 5.1 PRE INGRESO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.1.1	Entrevista Inicial.	5.1.1.1 Verificar la elaboración de la entrevista inicial que incluya: a) datos generales; b) consumo de sustancias; c) disposición al cambio; d) familia; e) tiempo libre; f) salud mental; y g) salud física Evidencia: documento escrito con todos los puntos anteriores con nombre y firma de quien aplico la entrevista (profesional de la salud o personal de consejería). Fuente: Expediente.		
	Instrumento de tamizaje.	5.1.1.2 Verificar la aplicación del instrumento de tamizaje llamado ASSIST, para valorar el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas de la persona usuaria Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y <b>calificado</b> con fecha de aplicación, número de expediente, nombre, firma y cargo de quien aplicó. Fuente: Expediente.		
	Instrumentos indicadores para trastorno dual.	5.1.1.3 Verificar la aplicación del Inventario de Síntomas de Ansiedad de Beck Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y <b>calificado</b> que incluya nombre de la persona, fecha, nombre y firma de quien lo aplicó, cargo, puntaje obtenido y nivel de ansiedad. Fuente: expediente.		
		5.1.1.4 Verificar la aplicación del Inventario de Síntomas de Depresión de Beck Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y <b>calificado</b> que incluya nombre de la persona, fecha, nombre y firma de quien lo aplicó, cargo, puntaje obtenido y nivel de depresión. Fuente: expediente.		
		5.1.1.5 Verificar la aplicación del Instrumento de Psicosis SCL-90R Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y <b>calificado</b> que incluya nombre de la persona, fecha, número de expediente, nombre y firma de quien lo aplicó, cargo, nivel de molestia Fuente: expediente.		
	Reporte Individual de Valoración.	5.1.1.6 Verificar la elaboración de reporte individual de valoración Evidencia: Reporte de valoración individual que contenga: nombre de la persona usuaria, sexo, estado civil, número de expediente, edad, escolaridad, motivo de consulta, resultados de los instrumentos de la valoración, nombre, cargo y firma de quien elaboró. Fuente: expediente.		
	Hoja de derivación (Si aplica).	5.1.1.7 Verificar la existencia de una Hoja de derivación debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia), que contenga como mínimo: fecha de referencia, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, 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 anteriormente.		



**5.2 INGRESO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.2.1	REGISTRO DE INGRESOS.	5.2.1.1 Verificar el registro de ingresos con los siguientes puntos: fecha de ingreso, datos generales de la persona usuaria (nombre, edad, sexo), tipo de ingreso, nombre del familiar que acompaña al usuario, alguna dirección, teléfono para avisos y fecha de egreso (en caso de que aplique). Evidencia: Registro de ingresos físico o electrónico, con todos los puntos señalados anteriormente.		
		5.2.1.2 Comprobar que el número de personas internas en el centro es consistente con lo reportado en el registro de ingresos. Evidencia: Observar que el número de personas concuerde con el registro/bitácora de ingresos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
5.2.2	Revisión física.	5.2.2.1 Comprobar que al ingreso de la persona 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 (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012), 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.		
5.2.3	HOJA DE INGRESO.	5.2.3.1 Verificar en el expediente hojas de ingreso o reingreso (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012). El documento deberá contener: fecha y hora, número de expediente, datos generales de la persona (nombre, sexo, edad), datos del familiar o representante legal, criterios de inclusión al tratamiento, nombre de quien entrevista, cargo, nombre y firma de la persona, nombre y firma del familiar o representante legal, nombre y firma del director/a Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente.		
5.2.4	Inscripción de las personas usuarias a un Servicio de Salud.	5.2.4.1 Verificar la existencia del documento de inscripción a un Servicio de Salud (IMSS, ISSSTE) o bien carta de No Derechohabencia (para atención en el IMSS BIENESTAR) o CURP impresa. Evidencia: Revisión de documento en expediente. Fuente: Expediente. Nota: para el caso de personas migrantes solo basta una identificación.		
5.2.5	Consentimiento Informado adultos/as.	5.2.5.1 Verificar al azar en 5 expedientes las solicitudes, por escrito, de las personas mayores de 18 años donde se hace constar el motivo de la solicitud (consentimiento informado firmado). 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 de la persona, nombre completo y firma del director o responsable en turno, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		
		5.2.6.1 Verificar que el ingreso y permanencia en el establecimiento sea estrictamente voluntario Evidencia: El establecimiento atiende únicamente ingresos voluntarios. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.		
5.2.7	Ingreso voluntario en caso de urgencia.	5.2.7.1 Verificar la solicitud de la autoridad legal competente. Evidencia: Documento escrito donde se señale la indicación del juez o autoridad legal competente para que la persona reciba tratamiento en adicciones. Si el establecimiento no cuenta con reconocimiento anotar: "No Cumple", si cuenta con reconocimiento y cuenta con ingresos voluntario y en caso de urgencia, anotar: "Cumple", y si no cuenta con ingresos voluntarios y en caso de urgencia, anotar: "No aplica". Fuente: Expediente y personal del establecimiento.		
		5.2.8.1 Verificar la existencia de un párrafo / oración contenido en el consentimiento informado donde se especifique que previo al ingreso existe una condición de salud que requiere la continuidad de tratamiento médico que será suministrada en las dosis, horarios y duración indicada. Evidencia: Párrafo escrito en el consentimiento informado. Fuente: Expediente.		



5.2.8	Elementos del Consentimiento Informado: a) Compromiso de continuidad de tratamiento médico b) Confidencialidad y protección de datos personales c) Restricción de videograbación, fotografías sin consentimiento.	5.2.8.2 Verificar que en el consentimiento informado se incluya un párrafo donde se asegure que toda información proporcionada por el familiar o la persona se manejará bajo la Ley de Protección de Datos Personales o la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.		
		5.2.8.3 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 la persona y/o familiar o representante legal. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.		
5.2.9	Formatos de transparencia de COSTOS.	5.2.9.1 Verificar la existencia de un documento escrito donde se informó sobre los costos del tratamiento, y se estipule que queda prohibido que el establecimiento residencial de atención a las adicciones, retenga o pretenda retener a cualquier persona para garantizar el pago de la atención prestada o cualquier otra obligación, firmado por la persona y/o familiar o representante legal. Puede ser convenio o contrato. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.		
		5.2.9.2 Verificar la existencia de un control de los pagos por servicios. Evidencia: Documento escrito firmado por la persona 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.		

### 5.3 DURANTE LA EVALUACIÓN 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		
5.3.1	Valoración Médica.	5.3.1.1 Comprobar que el establecimiento lleva a cabo valoraciones médicas del usuario no mayor a 48 horas después del ingreso al establecimiento. Evidencia: Notas médicas (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012), 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 y registro de ingresos.		
5.3.2	Cuestionario de Satisfacción de vida.	5.3.2.1 Verificar que el centro aplica el cuestionario de satisfacción de vida. Evidencia: Documento que contenga: Nombre de la persona consultante, fecha, número de expediente, 12 áreas de vida, nombre, firma y cargo de la persona que aplica la prueba. Fuente: Expediente.		
5.3.3	Toda MEDICACIÓN es prescrita por un médico.	5.3.3.1 Verificar que, en caso de alguna condición médica, se haya suministrado el medicamento necesario (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012). Evidencia: Bitácoras, hojas médicas, original o copia de la receta médica. Fuente: Expediente.		
5.3.4	Bitácora de ministración de medicamentos.	5.3.4.1 Verificar la existencia y el llenado de la bitácora de ministración de medicamentos en la que se especifique la fecha y hora del medicamento indicado, dosis y presentación, nombre de la persona, número de expediente, nombre y firma de quien ministra, y nombre y firma y/o huella de la persona usuaria Evidencia: Bitácora de ministración Fuente: Bitácora y observación del supervisor/a.		



**5.4 PROCESO TERAPÉUTICO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.4.1	Cronograma de Actividades.	5.4.1.1 Verificar la existencia de un cronograma diario de actividades para la persona usuaria que contenga la especificación de las actividades diarias con un horario específico y <b>personal responsable de la actividad</b> . Dicho cronograma señala: los horarios para dormir y despertar, horarios para la alimentación, terapia individual (si es el caso), consejería individual, actividades recreativas, horario para aseo personal, visitas familiares y/o sesiones familiares, entre otros. Evidencia: Cronograma impreso y visible. Éste se puede dividir en dos, uno para las actividades individuales y grupales o se puede integrar en uno sólo. Fuente: Personal del establecimiento.		
		5.4.1.2 Verificar que las actividades descritas en el cronograma concuerden con lo observado en la visita. Evidencia: Observar si las personas usuarias se encuentran realizando las actividades señaladas en el cronograma. Fuente: Observación de supervisor/a.		
5.4.2	Solicitud de interconsulta y Notas de interconsulta (de casos que requieren servicios médicos especializados, incluyendo casos de Embarazo de Alto Riesgo).	5.4.2.1 Verificar que el centro realice solicitudes de interconsulta cuando se requiera la atención de otro profesional (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012). Evidencia: Documento escrito que contenga los siguientes elementos: nombre del establecimiento, ciudad, qué servicio refiere y a qué servicio se solicita, número de expediente, fecha, hora, nombre del paciente, resumen clínico, motivo de interconsulta, nombre, firma y cédula del médico solicitante. Fuente: Expediente.		
		5.4.2.2 Verificar las notas de interconsulta (en caso de que aplique, deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012) correspondientes que deberán contener los siguientes puntos: fecha y hora en que se otorga el servicio, datos generales de la persona, 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.		
		5.4.3.1 Comprobar que el centro implementa sesiones individuales y grupales de consejería y/o apadrinamiento, mínimo una vez por semana. Evidencia: Observar que en el cronograma se detallen espacios para sesiones individuales/grupales y notas de evolución de consejería en expediente. Fuente: Personal del establecimiento.		
		5.4.3.2 Verificar la existencia de un plan de consejería y/o apadrinamiento con base en las necesidades de cada persona. Evidencia: Plan de consejería que incluya: datos de identificación de la persona, resultados de la valoración realizada, metas y objetivos de la consejería en adiciones, acciones específicas, nombre y firma del consejero/a, nombre y firma de la persona, nombre y firma del director/a o responsable del establecimiento.		
		5.4.3.3 Verificar las notas de evolución de la consejería y/o apadrinamiento, que contengan los siguientes puntos: datos generales de la persona, fecha en la que se emitió, aspectos que se trabajaron en la sesión, aspectos que se esperan trabajar en la próxima sesión, tareas asignadas, fecha de la siguiente sesión, nombre y firma del consejero (a)/padrino/madrina. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos señalados. Fuente: Expediente.		
		5.4.3.4 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.		



5.4.3	El establecimiento realiza un PLAN DE CONSEJERÍA O APADRINAMIENTO.	5.4.3.5 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la elaboración del proyecto de vida de la persona. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales, 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 la persona y nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente.		
		5.4.3.6 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 de la persona, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente clínico.		
		5.4.3.7 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 de la persona, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.		
		5.4.3.8 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 de la persona, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.		
		5.4.3.9 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de recuperación de la persona. 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 en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente del usuario/a.		

**5.5 PROCESO DE EGRESO DE LA PERSONA USUARIA**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.5.1	Reporte final de consejería y/o apadrinamiento.	5.5.1.1 Verificar la elaboración de un reporte final de consejería y/o apadrinamiento. Evidencia: Reporte final de seguimiento que incluya: fecha, no. de expediente, datos generales de la persona, fecha de ingreso y de egreso, motivo de ingreso, objetivo general del plan individual, resumen de la evolución y estado de egreso, principales temáticas abordadas, no. de sesiones realizadas, cumplimiento de metas y objetivos logrados durante el proceso de consejería, conclusión del proceso de consejería y comentarios finales, motivo de egreso, tipo de egreso, pronóstico y recomendaciones. Nombre y firma del personal de consejería y plan de seguimiento. Fuente: Expediente.		
5.5.2	HOJA DE EGRESO.	5.5.2.1 Hoja de egreso: Verificar la existencia de una hoja de egreso que contenga los siguientes puntos: Datos generales, motivo de egreso, descripción del estado general de la persona usuaria, problemas clínicos pendientes, criterios de egreso, información complementaria, fecha del 1er seguimiento, nombre y firma de conformidad (usuario/a, familiar o representante legal, dos testigos), Nombre y firma del personal de consejería, y nombre y firma del director/a o encargado/a).		
5.5.3	Cuestionario de satisfacción de vida.	5.5.3.1 Verificar la existencia de un cuestionario de satisfacción de vida en el expediente que contenga los siguientes elementos: nombre de la persona consultante, fecha, no. de expediente, nombre y firma de la persona que aplica la prueba y cargo. Fuente: Expediente. Evidencia: Cuestionario de satisfacción debidamente llenado.		



5.5.4	Satisfacción con el servicio de Consejería.	<p>5.5.4.1 Verificar la existencia de un cuestionario de satisfacción con el servicio de consejería en el expediente que contenga los siguientes elementos: nombre de la persona consultante, fecha, no. de expediente, nombre y firma de la persona que aplica la prueba y cargo.</p> <p>Fuente: Expediente.</p> <p>Evidencia: Cuestionario de satisfacción debidamente llenado.</p>		
-------	---	---	--	--

**5.6 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		
5.6.1	Cuenta con un DIRECTORIO de instituciones y servicios de salud para la referencia de las personas usuarias en casos de urgencia.	<p>5.6.1.1 Verificar la existencia del documento y que éste se encuentre actualizado y accesible para su consulta.</p> <p>Evidencia: Directorio vigente del último año (impreso o electrónico) y validado por la CESMA.</p> <p>Fuente: Documento impreso o electrónico.</p>		
5.6.2	Cuenta con Guía Operativa de referencia.	<p>5.6.2.1 Verificar la existencia de una guía operativa de referencia y contra referencia a otros establecimientos, de acuerdo a la complejidad y cuadro clínico.</p> <p>Evidencia: Documento impreso o electrónico.</p>		
5.6.3	Hoja de derivación: -Caso de intoxicación -Continuidad de Atención Ambulatoria -Referencia a personas usuarias con dependencia a opiáceos a clínicas de metadona -Otro nivel de atención por urgencias o enfermedades que requieran otra atención.	<p>5.6.3.1 Verificar la existencia de una hoja de derivación debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia), que contenga como mínimo: fecha de derivación, hora, urgencia, datos de la persona (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se deriva, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la derivación. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012).</p>		
5.6.4	Registro y control de referencias.	<p>5.6.4.1 Verificar la existencia de un registro y control de referencias que contenga los siguientes puntos: fecha de referencia, datos de la persona (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la referencia, y apartado de seguimiento de personas referidas.</p> <p>Evidencia: Registro físico o electrónico que contenga obligatoriamente la fecha en que se realizó la referencia, los datos de la persona, motivo del envío, los datos del establecimiento al que se refiere y el nombre, firma y cargo de la persona que realizó la referencia. En caso de ser electrónico omitir la firma.</p>		
5.6.5	Vinculación con organizaciones de la sociedad civil para la atención de personas usuarias con dependencia a opiáceos.	<p>5.6.5.1 Verificar que el establecimiento realiza vinculación de personas con dependencia a opiáceos con organizaciones de la sociedad civil para intercambio de jeringas.</p> <p>Evidencia: Carta de presentación y/o intención de las organizaciones de la Sociedad Civil dirigida al establecimiento.</p>		



**5.7 PROCESO DE SEGUIMIENTO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.7.1	SEGUIMIENTO de casos.	5.7.1.1 Verificar la existencia del reporte de 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 que contenga los siguientes datos: Datos de la persona, fecha, no. de expediente, período de seguimiento, objetivo de la sesión, resumen, tareas asignadas, aspectos que se revisarán en próximo seguimiento, observaciones, nombre y firma de la persona encargada de hacer dicho seguimiento. Evidencia: Reporte de seguimiento. Fuente: Expediente.		
		5.7.1.2 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: Notas de evolución, reportes, bitácoras de seguimiento en el expediente clínico. Fuente: Personal del establecimiento.		

**PROCESO DE LA ATENCIÓN****Puntuación (Máx. 90 pts.)****0****Porcentaje (Máx. 36%)****0%****6. SATISFACCIÓN DEL LA PERSONA USUARIA**

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	Proporciona un SERVICIO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS para personas usuarias y familiares.	6.1.1 Verificar la existencia de un buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones para personas usuarias y familiares en un lugar visible. Evidencia: Buzón de quejas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		6.1.2 Verificar la existencia de un sistema de control, apertura de buzón y, de seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones, que se lleve a cabo por una institución/sociedad civil/dependencia externa al centro, con una periodicidad mensual 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.		
		6.1.3 Verificar la existencia de una bitácora de seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones. Evidencia: Bitácora de seguimiento de por lo menos un año de anterioridad con datos que contenga lo siguiente: Nombre completo, domicilio o teléfono donde posteriormente se le pueda notificar, estado, municipio y localidad de la persona que presenta la queja, denuncia o sugerencia, en caso de ser anónima debe existir un correo electrónico para que pueda ser notificado/a. Datos de los posibles responsable de la queja (nombre, cargo, establecimiento), fecha y hora en la que se presentaron los hechos, explicación minuciosa de la queja: maltrato, instalaciones u otra especificar.		

**SATISFACCIÓN****Puntuación (Máx.4 pts.)****0****Porcentaje (Máx. 2%)****0%****CONCENTRADO DE LAS ÁREAS**

No.	Área	%	
		Máximo	Obtenido
1	Infraestructura	35%	<b>0%</b>
2	Servicio de Alimentación	5%	<b>0%</b>
3	Organización del Establecimiento	13%	<b>0%</b>
4	Recursos Humanos	9%	<b>0%</b>
5	Proceso de la Atención	36%	<b>0%</b>
6	Satisfacción del Usuario	2%	<b>0%</b>

**Total****100****0%**

# Anexo 2. Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales con Modelo Mixto.



## Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales con Modelo Mixto.

Anexo 02

Descarga el formato Aquí



**CÉDULA DE SUPERVISIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES CON MODELO DE ATENCIÓN MIXTO  
2025 V. 5.1**

Visita: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
Número de Reconocimiento CONASAMA: \_\_\_\_\_ Entidad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Status del Establecimiento: **Registrado** Número de Registro Estatal \_\_\_\_\_ 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  Voluntario en caso de urgencia  
II.3 Tipo de población que atiende: \_\_\_\_\_  
II.4 Categorías por edad:  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	Adultos		
	Adultos mayores		
		#REF!	#REF!
Mujeres	Adultas		
	Adultas mayores		
		#REF!	#REF!
<b>TOTAL:</b>		#REF!	#REF!

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

II.14.1 Tipo de seguimiento de los Usuarios:  Telefónico  Presencial  Correo Electrónico  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 CESMA 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 las personas usuarias y familiares. Evidencia: El área deberá utilizarse para las labores de recepción e información a las personas usuarias. Fuente: Observación del supervisor/ra.		
		1.2.2 Verificar la existencia de baños para personas usuarias y familiares. Evidencia: Baño en recepción. Fuente: Observación del supervisor/ra.		
1.3	CONSULTORIO para llevar a cabo las valoraciones médicas de primer ingreso.	1.3.1 Verificar la existencia de un consultorio y deberá contar con un lavabo (con jabón líquido y toallas desechables), botiquín de urgencias, asientos para el médico y paciente, mueble para escribir, mesa de exploración, cestos para bolsa de basura y residuos peligrosos (RPBI), estetoscopio, báscula con altímetro, termómetro, baumanómetro, toruendo/toallas alcoholizadas o con cloruro de benzalconio, recetario médico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio. Evidencia: Contar con el 100% del mobiliario e instrumentos descritos. Fuente: Observación del supervisor/ra.		
1.4	ÁREA para PSICOTERAPIA o consejería INDIVIDUAL.	1.4.1 Verificar la existencia de un área <b>EXCLUSIVA</b> para consejería individual. Evidencia: El área deberá ser utilizada para labores de consejería o psicoterapia individual <b>garantizando la confidencialidad evitando en su totalidad el uso de audio o videograbación.</b> Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.5	ÁREA para PSICOTERAPIA o consejería GRUPAL.	1.5.1 Verificar la existencia de un área para consejería grupal y/o familiar. Evidencia: El área deberá ser utilizada para sesiones grupales. En algunos establecimientos en donde aplique podrá ser el área de usos múltiples sin que afecte su operación. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.6	Espacio físico para GUARDA DE EXPEDIENTES clínicos.	1.6.1 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/ra.		
		1.7.1 Verificar un área EXCLUSIVA para que las personas usuarias duerman. Evidencia: Área de dormitorio(s) exclusiva. Fuente: Observación del supervisor/ra.		

1.7	DORMITORIOS.	<p>1.7.2 Verificar que en los dormitorios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/ra.</p>		
		<p>1.7.3 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/ra.</p>		
		<p>1.7.4 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/ra.</p>		
		<p>1.7.5 Verificar que el espacio entre las camas tenga un mínimo de 60 cm a 1 mt. de separación a su alrededor (a excepción de las que estén pegadas a la pared). En caso de contar con literas/trileras el espacio de la altura entre camas debe de dar oportunidad de sentarse libremente a las personas y deberá contar con escaleras y barandal. Evidencia: Espacio mínimo de 60 cm. Fuente: Observación del supervisor/a.</p>		
		<p>1.7.6 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/ra.</p>		
1.8	SANITARIOS.	<p>1.8.1 Verificar que en los sanitarios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/ra.</p>		
		<p>1.8.2 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/ra.</p>		
		<p>1.8.3 Verificar que los sanitarios sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Un sanitario por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor/ra.</p>		
1.9	REGADERAS.	<p>1.9.1 Verificar que en las regaderas existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/ra.</p>		
		<p>1.9.2 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/ra.</p>		
		<p>1.9.3 Verificar que las regaderas sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Una regadera por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor/ra.</p>		
1.10	TINACO Y/O CISTERNA.	<p>1.10.1 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/ra.</p>		
1.11	Área de COCINA.	<p>1.11.1 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/ra.</p>		
1.12	Área de COMEDOR.	<p>1.12.1 Verificar la existencia de un área de comedor. Evidencia: El área deberá ser utilizada para servir y consumir los alimentos. Fuente: Observación del supervisor/ra.</p>		

1.13	Área de ACTIVIDADES RECREATIVAS.	1.13.1 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/ra.		
1.14	Área de RESGUARDO y CONTROL DE MEDICAMENTOS.	1.14.1 Verificar la existencia de un área exclusiva para resguardo de medicamentos con acceso restringido y limitado al personal. Evidencia: Área o mobiliario exclusivo para la guarda de medicamentos controlados, se deberá observar claramente el uso de restricciones para los usuarios tales como: candados, seguros o cerrojos. Fuente: Observación del supervisor/ra.		
		1.14.2 Verificar que todos 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 y en sus empaques. Fuente: Observación del supervisor/ra.		
1.15	EXTINTORES para casos de emergencia.	1.15.1 Verificar la existencia de extintores con fecha de caducidad vigente. Evidencia: Extintores vigentes. Fuente: Observación del supervisor/ra.		
		1.15.2 Verificar que el número de extintores corresponda con la amplitud de las instalaciones. Evidencia: Un extintor por cada 300m <sup>2</sup> de superficie o fracción, a 1.5m de altura desde el nivel del piso. Fuente: Observación del supervisor/ra.		
1.16	SEÑALIZACIONES de seguridad.	1.16.1 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/ra.		
		1.16.2 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/ra.		
		1.16.3 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 caso de incendios, sismos, terremotos o inundaciones con señalamientos claros y visibles. Fuente: Observación del supervisor/ra.		
1.17	Cuenta con BOTIQUIN de primeros auxilios.	1.17.1 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, abate lenguas, 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/ra.		
1.18	Espacio 100% LIBRE DE TABACO y EMISIONES.	1.18.1 Observar la existencia de la señalización con la leyenda: "Espacio 100% libre de tabaco y emisiones" Evidencia: Señalética ubicada donde sea visible para cualquier persona que ingrese al establecimiento. Fuente: Observación del Supervisor/a.		
		1.18.2 Observar la existencia de señalizaciones o letreros con la prohibición de fumar y la leyenda "Espacio 100% libre de tabaco y emisiones" al interior del establecimiento. Evidencia: Señaléticas y/o letreros al interior del establecimiento (la cantidad de señalizaciones deben ser de acuerdo al espacio y en consideración a la visibilidad de los mismos). Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.18.3 Durante el recorrido al establecimiento, deben de existir letreros que indiquen el número 800-966-3863 (NO FUME) o 800-911-2000 Para Denuncias en caso de incumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento. Evidencia: Señalética o letreros con los números para denuncias (la cantidad de señalizaciones deben ser de acuerdo al espacio y en consideración a la visibilidad de los mismos). Fuente: Observación del Supervisor/a.		

**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.					
1.19	Recepción					0.0	
1.20	Espacio de medicamentos					0.0	
1.21	Área de valoración médica					0.0	
1.22	Área de consejería/terapia Individual					0.0	
1.23	Área de terapia grupal					0.0	
1.24	Dormitorios					0.0	
1.25	Cobijas y colchones de dormitorios					0.0	
1.26	Comedor					0.0	
1.27	Cocina					0.0	
1.28	Área de actividades recreativas					0.0	
1.29	Sanitarios					0.0	
1.30	Regaderas					0.0	
<b>PROMEDIO</b>		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		

<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>Puntuación (Máx. 95 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 33%)</b>	<b>0%</b>

**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 las personas usuarias es balanceada, de buen aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo con el estado de salud de la persona.	2.1.1 Comprobar la existencia de menús alimentarios SEMANALES BALANCEADOS y de acuerdo con el estado de salud de las personas usuarias. Evidencia: Ver los menús firmados y avalados por un profesional en nutrición, nombre, firma y cédula profesional.		
		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 del establecimiento, observación del supervisor. Nota: En caso de que no exista concordancia con lo observado en el menú, verificar que se esté brindando algún equivalente nutricional (Guías alimentarias saludables y sostenibles 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/ra.		
		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 personas observado/reportado. Fuente: Observación del supervisor/ra.		

	<p>2.1.6 Comprobar que los alimentos se encuentran debidamente resguardados para evitar su contaminación. En caso de que el servicio de alimentación sea otorgado por una institución u organización o servicio subrogado, se solicitará contrato de prestación del mismo. Evidencia: Observar anaqueles, tarimas, entrepaños o cualquier superficie limpia para contener los alimentos y evitar su contaminación alejándolos del piso, alimentos en buen estado, o contrato de prestación de servicios. Fuente: Observación del supervisor/ra.</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/ra.</p>		

**SERVICIO DE ALIMENTACIÓN**

**Puntuación (Máx. 12 pts.)**

**0**

**Porcentaje (Máx. 4%)**

**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 y/o licencia sanitaria.		
3.2	Cuenta con RESPONSABLE SANITARIO.	3.2.1. Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y cédula del profesional de salud. Evidencia: Aviso de Responsable Sanitario.		
3.3	Cuenta con RESPONSABLE LEGAL.	3.3.1. 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.		
3.4	Cuenta con Clave Única de Organizaciones (CLUNI) o de Establecimientos de Salud (CLUES).	3.4.1 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.		
3.5	Cuenta con Registro Federal de Contribuyentes (RFC).	3.5.1 Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y dirección actuales del establecimiento. Evidencia: RFC válido si pertenece a una red.		
3.6	MANUAL DE ORGANIZACIÓN.	3.6.1 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 y actualizado, esto en función de cualquier modificación a su estructura, sus funciones y/o estatuto del reglamento interno del establecimiento.		
3.7	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.	3.7.1 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. Pre ingreso; 2.Ingreso ; 3. Evaluación; 4. Tratamiento (Intervención individual, grupal y/o familiar; manejo médico; estrategias y componentes por sexo y/o grupo etario); 5. Cierre y/o egreso; 6. Referencia y 7.Seguimiento; f) Materiales, cronograma de actividades y Anexos. Avalado por la CESMA. Evidencia: Documento escrito que contenga los puntos señalados anteriormente y cuente con el aval de la CESMA. (Deberá ser sujeto a actualizaciones periódicas en función a cualquier modificación a algunos de los procedimientos o de ciertos estatutos del reglamento interno).		

3.8	Cuenta con un DIRECTORIO del establecimiento.	3.8.1 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.		
3.9	Existe en el área de admisión un cartel con los DERECHOS de las personas usuarias.	3.9.1 Verificar la existencia del cartel con los derechos de las personas usuarias. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a usuarios y familiares.		
3.10	Cuenta con REGLAMENTO INTERNO.	3.10.1 Verificar la existencia de un documento oficializado que establezca la puntualidad de la persona usuaria a sus sesiones; que se evita completamente el maltrato físico entre y hacia las personas usuarias; señala que se evita el empleo de palabras altisonantes entre y hacia las personas usuarias; establece los horarios de visita de los familiares. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente, lugar visible, personal del establecimiento.		
3.11	Cuenta con los CRITERIOS DE REFERENCIA sobre padecimientos que no se pueden atender en un lugar visible.	3.11.1 Verificar la existencia de los criterios de REFERENCIA de los padecimientos que no se pueden atender. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible al público en general. Fuente: Personal del establecimiento.		
		3.11.2 Verificar que el establecimiento no admite personas con condiciones psiquiátricas primarias al consumo de sustancias. Evidencia: Durante el recorrido, en la revisión de expedientes (referencias) y en las entrevistas, no se encuentran usuarios con condiciones psiquiátricas. Fuente: Observación del supervisor/ra.		
3.12	Cuenta con los CRITERIOS DE INCLUSIÓN sobre padecimientos que se pueden atender en un lugar visible.	3.12.1 Comprobar si los criterios de inclusión del establecimiento concuerdan con lo observado al interior del establecimiento. Evidencia: Observar que en el centro se encuentran usuarios que cumplan con los criterios de inclusión. Fuente: Observación del supervisor/ra, nota de ingreso, entrevista, etc.		
3.13	Notifica mensualmente al SISVEA los casos atendidos.	3.13.1 Verificar la existencia de notificaciones al SISVEA enviadas y selladas/firmadas. Evidencia: Notificaciones impresas y/o electrónicas selladas y/o firmadas de recibido de los últimos dos meses previos a la visita (sólo aplica a establecimientos privados). Fuente: Documento impreso.		
3.14	Lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de las personas usuarias, por escrito, validados por PROTECCIÓN CIVIL.	3.14.1 Verificar la existencia de un programa interno validado por Protección Civil o Dictamen. Evidencia: Documento escrito oficializado vigente (de uno a dos años), firmado por persona responsable de protección civil y con nombre y dirección del establecimiento.		
3.15	Control y erradicación contra FAUNA NOCIVA.	3.15.1 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.		
		3.15.2 Verificar la existencia de un cronograma de fumigación. Evidencia: Documento. Fuente: Personal del establecimiento.		

ORGANIZACIÓN	Puntuación (Máx. 34 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 12%)	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 presenta un trastorno por adicción, y está en proceso de recuperación, deberá 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 2 años y serán a través de pruebas de 5 elementos cada 6 meses. Evidencia: Pruebas de laboratorio o de alguna institución perteneciente a la Secretaría de Salud de 5 elementos de al menos de 6 meses en los últimos 2 años.		



4.3	PERSONAL DE CONSEJERÍA/APADRINAMIENTO/AMADRINAMIENTO que 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 2 años y serán a través de pruebas de 5 elementos cada 6 meses, en aquellos consejeros que brindan atención a personas usuarias. Evidencia: Pruebas de laboratorio de 5 elementos de al menos 6 meses en los últimos 2 años 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 el personal profesional que brinda el modelo de intervención ha recibido capacitación en materia de adicciones. Evidencia: Documento oficial que avale estudios de tratamiento de adicciones (certificado, constancia, diploma, títulos, y/o comprobante de que en ese momento cursa algún diplomado, especialidad, maestría, doctorado). 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 tres años.		
		4.4.2 Verificar que el personal de consejería o apadrinamiento/amadrinamiento que brindan el modelo de intervención han 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 (CESMA), 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.		
		4.4.3 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 <b>NO APLICA</b> . 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 MÉDICO es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias.	4.5.1 Verificar la existencia de personal médico en un horario continuo de 8 horas diarias de lunes a viernes, (40 horas semanales) para llevar a cabo valoraciones médicas, consultas subsecuentes y atención continua a las personas usuarias. Evidencia: Organigrama y plantilla de personal, registro de pacientes, <b>verificar en el aviso de funcionamiento el horario del médico.</b>		
4.6	El PERSONAL de PSICOLOGÍA es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias.	4.6.1 Verificar que cada persona usuaria debe de tener cuando menos una sesión semanal de psicoterapia individual; para lo cual debe de haber el personal suficiente y exclusivo para esta actividad y atender la totalidad de la capacidad instalada (número de camas). Ejemplo: Si existen 40 camas instaladas deberá haber un profesional de psicología que esté 40 hrs a la semana o 2 psicólogos/as que laboren 20 horas cada una. Evidencia: Organigrama, cronograma de actividades y notas de evolución de psicología semanales en expediente clínico. Fuente: Expediente.		
4.7	El PERSONAL de CONSEJERÍA es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias.	4.7.1 Verificar el número de personal de consejería para atender a cada persona usuaria de forma individual una vez por semana con una duración mínima de 45 minutos; para lo cual debe de haber el personal suficiente y exclusivo para esta actividad y atender la totalidad de la capacidad instalada (número de camas). Ejemplo: Si existen 40 camas instaladas deberá haber un consejero que esté 40 hrs a la semana o 2 consejeros que laboren 20 horas cada uno. Evidencia: Organigrama, cronograma de actividades y notas de consejería semanales en expediente clínico. Fuente: Expediente.		
4.8	El establecimiento cuenta con un CÓDIGO DE ÉTICA Y CONDUCTA para PROFESIONALES.	4.8.1 Verificar la existencia de un código de ética y conducta para profesionales. Evidencia: Documento impreso o electrónico. Corroborar su conocimiento con el personal profesional.		
4.9	Existe un CÓDIGO DE ÉTICA Y CONDUCTA de los CONSEJEROS y PADRINOS que laboran en el establecimiento.	4.9.1 Verificar la existencia del código de ética y conducta para los consejeros/as y padrinos/madrinas que laboran en el establecimiento. Evidencia: Tríptico, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a personas usuarias y familiares. Corroborar su conocimiento con el personal de consejería o padrinos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		4.10.1 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 el último año. El responsable de protección civil deberá estar presente al momento de la visita.		

4.10	Capacitación del personal en PROTECCIÓN CIVIL.	4.10.2 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. El responsable de manejo de extintores deberá de estar presente al momento de la visita y puede ser más de uno.		
------	--	--	--	--

RECURSOS HUMANOS	<b>Puntuación (Máx. 23 pts.)</b>	<b>1</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 8%)</b>	<b>0%</b>

## 5. PROCESO DE LA ATENCIÓN

### 5.1 PRE INGRESO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.1.1	ENTREVISTA INICIAL.	5.1.1.1 Verificar la elaboración de la entrevista inicial que incluya: a) datos generales; b) consumo de sustancias; c) disposición al cambio; d) familia; e) tiempo libre; f) salud mental; y g) salud física. Evidencia: documento escrito con todos los puntos anteriores con nombre y firma de quien aplico la entrevista (profesional de la salud; las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012). Fuente: Expediente.		
5.1.2	INSTRUMENTO DE TAMIZAJE.	5.1.2.1 Verificar la aplicación del instrumento de tamizaje ASSIST u otro instrumento que evalúe indicadores de dependencia a sustancias psicoactivas (valido y confiable), con la finalidad de valorar el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas de la persona usuaria. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado con fecha de aplicación, número de expediente, nombre, firma y cargo de quien aplicó. Fuente: Expediente.		
5.1.3	INSTRUMENTOS indicadores para TRASTORNO DUAL.	5.1.3.1 Verificar la aplicación del Inventario de Síntomas de Ansiedad de Beck u otro instrumento (valido y confiable) que evalúe dichos síntomas. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona usuaria, fecha, nombre y firma de quien lo aplica, cargo, puntaje obtenido y nivel de ansiedad. Fuente: expediente.		
		5.1.3.2 Verificar la aplicación del Inventario de Síntomas de Depresión de Beck u otro instrumento (valido y confiable) que evalúe dichos síntomas. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona, fecha, nombre y firma de quien lo aplica, cargo, puntaje obtenido y nivel de depresión. Fuente: expediente.		
		5.1.3.3 Verificar la aplicación del Instrumento de Psicosis SCL-90R u otro instrumento (valido y confiable) que evalúe dichos síntomas. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona, fecha, número de expediente, nombre y firma de quien lo aplica, cargo, nivel de molestia. Fuente: expediente.		
5.1.4	Nota de VALORACIÓN INDIVIDUAL.	5.1.4.1 Verificar la elaboración de la nota de valoración individual Evidencia: Nota de valoración individual (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012), que contenga: nombre de la persona usuaria, sexo, estado civil, número de expediente, edad, escolaridad, motivo de consulta, resultados de los instrumentos aplicados, observaciones de la valoración, resultado, nombre, cargo y firma de profesional quien elaboró (medicina, psicología y trabajo social). Fuente: expediente.		
5.1.5	Hoja de REFERENCIA (si aplica).	5.1.5.1 Verificar la existencia de una Hoja de referencia debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia), que contenga como mínimo: fecha de referencia, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la referencia. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012).		

5.2 INGRESO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.2.1	Registro de ingresos.	<p>5.2.1.1 Verificar el registro de ingresos con los siguientes puntos: fecha de ingreso, datos generales de la persona (nombre, edad, sexo), tipo de ingreso, nombre del familiar, tutor o representante legal que lo acompañó, alguna dirección, teléfono para avisos y fecha de egreso (en caso de que aplique). Evidencia: Registro de ingresos físico o electrónico, con todos los puntos señalados anteriormente.</p>		
		<p>5.2.1.2 Comprobar que el número de personas internas en el centro es consistente con lo reportado en el registro de ingresos. Evidencia: Observar que el número de personas concuerde con el registro/bitácora de ingresos. Fuente: Observación del supervisor/a.</p>		
5.2.2	Nota de ingreso.	<p>5.2.2.1 Verificar en el expediente la nota de ingreso o reingreso (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012). El documento deberá contener los siguientes puntos: fecha y hora de elaboración, datos generales de la persona (nombre, sexo, edad), motivo de consulta, exploración física, descripción general del estado de salud, impresión diagnóstica, plan de tratamiento, datos del familiar/representante legal, nombre, firma y número de cédula profesional del personal de salud. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente.</p>		
5.2.3	Inscripción de las personas usuarias a un servicio de salud.	<p>5.2.3.1 Verificar la existencia del documento de inscripción a un Servicio de Salud (IMSS, ISSSTE) o bien carta de No Derechohabencia (para atención en el IMSS BIENESTAR) o CURP impresa. Evidencia: Revisión de documento en expediente. Fuente: Expediente. Nota: para el caso de personas migrantes es importante contar con una identificación.</p>		
5.2.4	Estudio socioeconómico.	<p>5.2.4.1 Verificar la existencia del estudio socioeconómico que incluya; número de expediente, fecha, datos generales de la persona usuaria, condiciones económicas, vivienda, estado de salud, nombre y firma del entrevistado, nombre y firma del profesional en trabajo social y cédula profesional. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
5.2.5	Consentimiento informado con: ingreso voluntario (carta de consentimiento informado según el caso). A) adultos (mayores de 18 años). B) adultos mayores (60 y más).	<p>5.2.5.1 Verificar al azar en 5 expedientes las solicitudes, por escrito, de las personas mayores de 18 años donde se hace constar el motivo de la solicitud (consentimiento informado firmado). 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 de la persona, nombre completo y firma del director o responsable en turno, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.5.2 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, nombre completo y firma del director, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.6.1 Verificar la indicación de un médico. El documento deberá contener: lugar y fecha en la que se emitió, nombre completo de la persona, impresión diagnóstica del médico, motivo por el que se requiere la atención residencial, nombre, firma y cédula profesional del médico. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		

5.2.6	Consentimiento informado con ingreso en caso de urgencia médica.	<p>5.2.6.2 Verificar la solicitud de ingreso firmado por el usuario, familiar responsable, tutor o representante legal. El documento deberá contener: lugar y fecha en la que se emitió, nombre completo de la persona, consentimiento de la familia para el ingreso, responsable, tutor o representante legal, parentesco con la persona usuaria y nombre completo y firma del director/a. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.6.3 Verificar notificaciones selladas y/o firmadas del responsable del establecimiento al Ministerio Público o autoridad legal competente, en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la admisión. El documento deberá contener: nombre del establecimiento, fecha de elaboración, datos generales de la persona (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 médico/responsable que realiza la notificación, si fuese el caso, también deberá describirse lesiones que presente la persona. Evidencia: Documento escrito o electrónico que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
5.2.7	Ingreso voluntario en caso de urgencia.	<p>5.2.7.1 Verificar la solicitud de la autoridad legal competente y verificar la firma del consentimiento informado voluntario. Evidencia: Documento escrito donde se señale la indicación del juez o autoridad legal competente para que la persona reciba tratamiento en adicciones, además del consentimiento informado voluntario. Fuente: Expediente.</p>		
5.2.8	Elementos del consentimiento informado: a) compromiso de continuidad de tratamiento médico b) confidencialidad y protección de datos personales c) restricción de videograbación, fotografías sin consentimiento.	<p>5.2.8.1 Verificar la existencia de un párrafo / oración contenido en el consentimiento informado donde se especifique que previo al ingreso existe una condición de salud que requiere la continuidad de tratamiento médico que será suministrada en las dosis, horarios y duración indicada. Evidencia: Párrafo escrito en el consentimiento informado. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.8.2 Verificar que en el consentimiento informado se incluya un párrafo donde se asegure que toda información proporcionada por el familiar o la persona se manejará bajo la Ley de Protección de Datos Personales o la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.8.3 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 la persona y/o familiar o representante legal. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		
5.2.9	Formatos de transparencia de COSTOS.	<p>5.2.9.1 Verificar la existencia de un documento escrito donde se informó sobre los costos del tratamiento, y se estipule que queda prohibido que el establecimiento residencial de atención a las adicciones, retenga o pretenda retener a cualquier persona para garantizar el pago de la atención prestada o cualquier otra obligación, firmado por la persona y/o familiar o representante legal. Puede ser convenio o contrato. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.9.2 Verificar la existencia de un control de los pagos por servicios. Evidencia: Documento escrito firmado por la persona 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>		

**5.3 DURANTE LA EVALUACIÓN 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		
5.3.1	HISTORIA CLÍNICA MÉDICA y estudios de laboratorio y gabinete.	5.3.1.1 Verificar en el expediente la historia clínica realizada durante las primeras 48 horas. al ingreso de la persona. El documento deberá contener: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales (patológicos y no patológicos), antecedentes de consumo de drogas, padecimiento(s) actual(es), interrogatorio, exploración física, resultados de estudios, tratamientos previos y resultados, diagnósticos o problemas clínicos; nombre, firma y número de cédula profesional del médico. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		
		5.3.1.2 Verificar en el expediente la realización de exámenes de laboratorio mínimos indispensables (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, electrocardiograma y pruebas de función hepática). Evidencia: Documento escrito (min. 3 de 5). Fuente: Expediente y personal del establecimiento.		
5.3.2	Toda MEDICACIÓN es prescrita por un médico.	5.3.2.1 Verificar que, en caso de alguna condición médica, se haya suministrado el medicamento necesario. Evidencia: Bitácoras, hojas médicas, original o copia de la receta médica. Fuente: Expediente.		
5.3.3	BITÁCORA DE MINISTRACIÓN de medicamentos u HOJAS DE ENFERMERÍA.	5.3.3.1 Verificar la existencia y el llenado de la bitácora de ministración de medicamentos en la que se especifique la fecha y hora del medicamento indicado, dosis y presentación, nombre de la persona, número de expediente, nombre y firma de quien ministra, y nombre y firma y/o huella de la persona usuaria o en caso de haber profesional de enfermería revisar la hoja de enfermería debidamente llenada. Evidencia: Bitácora de ministración u hoja de enfermería. Fuente: Bitácora y observación del supervisor/a.		

**5.4 PROCESO TERAPÉUTICO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.4.1	CRONOGRAMA de actividades.	5.4.1.1 Verificar la existencia de un cronograma diario de actividades para la persona usuaria que contenga la especificación de las actividades diarias con un horario específico y personal responsable de la actividad. Dicho cronograma señala: los horarios para dormir y despertar, horarios para la alimentación, terapia individual (si es el caso), consejería individual, actividades recreativas, horario para aseo personal, visitas familiares y/o sesiones familiares, entre otros. Evidencia: Cronograma impreso y visible. Éste se puede dividir en dos, uno para las actividades individuales y grupales o se puede integrar en uno sólo. Fuente: Observación del personal supervisor.		
		5.4.1.2 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/a.		
5.4.2	El establecimiento dispone de un PLAN DE TRATAMIENTO.	5.4.2.1 Verificar la existencia de un plan de tratamiento Evidencia: Plan de tratamiento personalizado elaborado por el personal profesional y debe incluir datos generales, resultados de la valoración médica, psicológica y de trabajo social, estado físico, riesgos en salud, objetivos terapéuticos, metas a corto, mediano y largo plazo, resultados esperados, nombre, firma y cédula de los profesionales quienes la elaboran. Fuente: Expediente.		

5.4.3	NOTAS DE EVOLUCIÓN.	<p>5.4.3.1 Verificar las notas de evolución psicológicas por persona (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012), que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales (nombre, edad, sexo), fecha y hora en la que se emitió, objetivo de la sesión, resumen de la sesión, resultados de la sesión, plan terapéutico y fecha de la siguiente sesión, actividades asignadas para la persona y nombre, firma y número de cédula profesional del personal de psicología. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente los datos generales de la persona, la fecha y hora, objetivo de la sesión, el resumen de la sesión, plan terapéutico para la siguiente sesión, actividades asignadas, observaciones, fecha de la próxima sesión, nombre, firma y cédula profesional del personal de psicología. Fuente: Expediente.</p>		
5.4.3		<p>5.4.3.2 Verificar las notas de evolución médicas (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012), que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales de la persona (nombre, edad, sexo), fecha y hora de elaboración, signos vitales (pulso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), evolución y actualización del cuadro clínico, resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico, plan de tratamiento e indicaciones médicas, nombre, firma y cédula profesional del médico. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos. Fuente: Expediente.</p>		
5.4.3		<p>5.4.3.3 Verificar la existencia de una nota de evolución socio familiar o de trabajo social (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012). Evidencia: notas de evolución que contenga: número de expediente, datos generales de la persona, fecha y hora de elaboración, diagnóstico social, objetivos e intervención social, actividades asignadas, observaciones, nombre, firma y cédula del trabajador social.</p>		
5.4.4	SOLICITUD y NOTAS DE INTERCONSULTA (de casos que requieren servicios médicos especializados, incluyendo casos de embarazo de alto riesgo).	<p>5.4.4.1 Verificar que el centro realice solicitudes de interconsulta cuando se requiera la atención de otro profesional. Evidencia: Documento escrito que contenga los siguientes elementos: nombre del establecimiento, ciudad, qué servicio refiere y a qué servicio se solicita, número de expediente, fecha, hora, nombre del paciente, resumen clínico, motivo de interconsulta, nombre, firma y cédula del médico solicitante. Fuente: Expediente.</p>		
5.4.4		<p>5.4.4.2 Verificar las notas de interconsulta (en caso de que aplique; las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012) correspondientes que deberán contener los siguientes puntos: fecha y hora en que se otorga el servicio, datos generales de la persona, 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.</p>		
		<p>5.4.5.1 Comprobar que el centro implementa sesiones individuales y grupales de terapia psicológica, mínimo una vez por semana. Evidencia: Observar que en el cronograma se detallen espacios para sesiones individuales y/o grupales. Fuente: Observación del personal supervisor.</p>		
		<p>5.4.5.2 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la identificación de metas y desarrollo de un plan de vida de la persona. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.4.5.3 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la recreación y el manejo del tiempo libre. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico o bitácora de talleres o ejercicios grupales. Fuente: Expediente y/o Bitácoras.</p>		

5.4.5	El establecimiento dispone de un PROGRAMA DE TRATAMIENTO para la persona.	5.4.5.4 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la realización de ejercicio físico. Evidencia: Verificar que en el cronograma se encuentren descritas las actividades que se realizan para fomentar el ejercicio físico y solicitar las listas de asistencia o bitácoras de las actividades. Fuente: Listas de asistencia/bitácoras de actividades.		
		5.4.5.5 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la relación de pareja. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.		
		5.4.5.6 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la adquisición de habilidades para afrontar situaciones de riesgo de consumo (prevención de recaídas). Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.		
		5.4.5.7 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la reinserción social de la persona. Evidencia: Verificar que en el cronograma se encuentren descritas las actividades programadas como reinserción social (oficios, actividades escolares, etc.). Evidencia válida pueden ser los documentos u objetos resultado de estas actividades, acompañados del cronograma y las bitácoras o listas de asistencia de las actividades. Fuente: Expediente.		
		5.4.5.8 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de recuperación de la persona. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios aplicados a los familiares, descripción de las actividades en un cronograma. Las listas de asistencia sólo serán válidas acompañadas de las notas de evolución o cronogramas. Fuente: Expediente.		
5.4.6	El programa de tratamiento contempla un componente para favorecer la adquisición de HABILIDADES PARA LA VIDA.	5.4.6.1 Habilidades sociales: comunicación asertiva, desarrollo de vínculos con personas significativas. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.		
		5.4.6.2 Habilidades cognitivas: toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.		
		5.4.6.3 Habilidades emocionales: control de enojo, control de la ansiedad, manejo de la tristeza, manejo de la frustración, etc. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.		
5.4.7	Guías de práctica clínica (GPC).	5.4.7.1 Verificar la existencia de las guías de práctica clínica que se enlistan a continuación: diagnóstico y tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, diagnóstico y tratamiento de varices esofágicas, diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por el alcohol etílico en el adulto en el 2º y 3er nivel de atención, diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas por opiáceos y benzodiazepinas en los tres niveles de atención. Evidencia: Contar con todas las guías mencionadas en versión electrónica o impresa.		
		5.4.7.2 Verificar que en el expediente existan documentos que hagan referencia al uso de Guías de Práctica Clínica. Evidencia: Notas de evolución, hojas de registros clínicos, notas médicas, etc. Que hagan referencia explícita a alguna Guía de Práctica Clínica. Fuente: Expediente.		
		5.4.8.1 Comprobar que el centro implementa sesiones individuales y grupales de consejería y/o apadrinamiento, mínimo una vez por semana. Evidencia: Observar que en el cronograma se detallen espacios para sesiones individuales/grupales y notas de evolución de consejería en expediente. Fuente: Cronograma de actividades y expediente.		
		5.4.8.2 Verificar la existencia de un plan de consejería y/o apadrinamiento con base en las necesidades de cada persona. Evidencia: Plan de consejería que incluya: datos de identificación de la persona, resultados de la valoración realizada, metas y objetivos de la consejería en adicciones, acciones específicas, nombre y firma del consejero/a, nombre y firma de la persona, nombre y firma del director o responsable del establecimiento. Fuente: Expediente.		

5.4.8	El establecimiento realiza un PLAN y PROGRAMA de CONSEJERÍA o APADRINAMIENTO para la persona usuaria.	5.4.8.3 Verificar las notas de evolución de la consejería y/o apadrinamiento, que contengan los siguientes puntos: datos generales de la persona, fecha en la que se emitió, aspectos que se trabajaron en la sesión, aspectos que se esperan trabajar en la próxima sesión, tareas asignadas, fecha de la siguiente sesión, nombre y firma del consejero (a)/padrino/madrina. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos señalados. Fuente: Expediente.		
		5.4.8.4 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 o listas de asistencia o bitácoras de actividades.		
		5.4.8.5 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la elaboración del proyecto de vida de la persona. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales, 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 la persona y nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente.		
		5.4.8.6 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 de la persona, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente.		
		5.4.8.7 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 de la persona, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente.		
		5.4.8.8 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 de la persona, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente.		
		5.4.8.9 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de recuperación de la persona. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales de la persona, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente.		

**5.5 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		
5.5.1	REPORTE FINAL de consejería/apadrinamiento/amadrinamiento	5.5.1.1 Verificar la elaboración de un reporte final de consejería y/o apadrinamiento/amadrinamiento. Evidencia: Reporte final de seguimiento que incluya: fecha, no. de expediente, datos generales de la persona, fecha de ingreso y de egreso, motivo de ingreso, objetivo general del plan individual, resumen de la evolución y estado de egreso del usuario, principales temáticas abordadas, no. de sesiones realizadas, cumplimiento de metas y objetivos logrados durante el proceso de consejería, conclusión del proceso de consejería y comentarios finales, motivo de egreso, tipo de egreso, pronóstico y recomendaciones. Nombre y firma del personal de consejería y plan de seguimiento. Fuente: Expediente.		

5.5.2	NOTA DE EGRESO.	<p>5.5.2.1 Verificar la existencia de una nota de egreso (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012) que contenga los siguientes puntos: No. de expediente, datos generales de la persona usuaria, fecha de ingreso y egreso, signos vitales, motivo o tipo de egreso, resumen de la evolución y del estado actual del usuario/a, problemas clínicos pendientes, criterios de egreso, información complementaria, ratificación del diagnóstico final (CIE-11, DSM-5-TR), pronóstico, indicaciones de tratamiento ambulatoria por áreas (médicas, psicológicas u otras), fechas de seguimientos, nombre, firma y cédula del personal médico y psicología y del director del establecimiento.</p> <p>Fuente: Expediente. Evidencia: Nota de egreso que contenga obligatoriamente todos los puntos anteriores.</p>		
5.5.3	Cuestionario de SATISFACCIÓN DE VIDA.	<p>5.5.3.1 Verificar la existencia de un cuestionario de satisfacción de vida en el expediente que contenga los siguientes elementos: nombre de la persona consultante, fecha, no. de expediente, nombre y firma de la persona que aplica la prueba y cargo.</p> <p>Fuente: Expediente. Evidencia: Cuestionario de satisfacción debidamente llenado.</p>		
5.5.4	Cuestionario de SATISFACCIÓN DEL SERVICIO de consejería /de tratamiento.	<p>5.5.4.1 Verificar la existencia de un cuestionario de satisfacción con el servicio de tratamiento en el expediente que contenga los siguientes elementos: nombre de la persona consultante, fecha, no. de expediente, nombre y firma de la persona que aplica la prueba y cargo.</p> <p>Fuente: Expediente. Evidencia: Cuestionario de satisfacción debidamente llenado.</p>		

**5.6 PROCESO DE REFERENCIA**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.6.1	Cuenta con un DIRECTORIO de instituciones y servicios de salud para la referencia de las personas en casos de urgencia.	<p>5.6.1.1 Verificar la existencia del documento y que éste se encuentre actualizado y accesible para su consulta.</p> <p>Evidencia: Directorio vigente del último año (impreso o electrónico) y validado por la CESMA. Fuente: Documento impreso o electrónico.</p>		
5.6.2	Cuenta con GUÍA OPERATIVA de referencia.	<p>5.6.2.1 Verificar la existencia de una guía operativa de referencia y contrarreferencia a otros establecimientos, de acuerdo a la complejidad y cuadro clínico.</p> <p>Evidencia: Documento impreso o electrónico.</p>		
5.6.3	<b>HOJA DE REFERENCIA:</b> -Caso de intoxicación -Continuidad de atención ambulatoria -Referencia a usuarios con dependencia a opiáceos a clínicas de metadona -Otro nivel de atención por urgencias o enfermedades que requieran otra atención.	<p>5.6.3.1 Verificar la existencia de una hoja de referencia debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia), que contenga como mínimo: fecha de referencia, hora, urgencia, datos de la persona (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal médico que realizó la referencia. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.</p>		
5.6.4	REGISTRO y CONTROL DE REFERENCIAS.	<p>5.6.4.1 Verificar la existencia de un registro y control de referencias que contenga los siguientes puntos: fecha de referencia, datos de la persona (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la referencia, y apartado de seguimiento de personas referidas.</p> <p>Evidencia: Registro físico o electrónico que contenga obligatoriamente la fecha en que se realizó la referencia, los datos de la persona, motivo del envío, los datos del establecimiento al que se refiere y el nombre, firma y cargo de la persona que realizó la referencia. En caso de ser electrónico omitir la firma.</p>		

5.6.5	VINCULACIÓN CON ORGANIZACIONES PRIVADAS o PÚBLICAS para la atención de personas usuarias con DEPENDENCIA A OPIÁCEOS.	5.6.5.1 Verificar que el establecimiento realiza vinculación de personas con dependencia a opiáceos con organizaciones privadas o públicas para intercambio de jeringas. Evidencia: Carta de presentación y/o intención de las organizaciones dirigida al establecimiento.		
-------	--	---	--	--

**5.7 PROCESO DE SEGUIMIENTO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
5.7.1	SEGUIMIENTO de casos.	<p>5.7.1.1 Verificar la existencia del reporte de 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 que contenga los siguientes datos: Datos de la persona, fecha, no. de expediente, período de seguimiento, objetivo de la sesión, resumen, tareas asignadas, aspectos que se revisarán en próximo seguimiento, observaciones, nombre y firma de la persona encargada de hacer dicho seguimiento. Evidencia: Reporte de seguimiento. Fuente: Expediente.</p> <p>5.7.1.2 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: Notas de evolución, reportes, bitácoras de seguimiento en el expediente clínico. Fuente: Personal del establecimiento.</p>		

<b>PROCESO DE LA ATENCIÓN</b>	<b>Puntuación (Máx. 124 pts.)</b>	<b>#REF!</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 42%)</b>	<b>#REF!</b>

**6. SATISFACCIÓN DEL LA PERSONA USUARIA**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
6.1	Proporciona un SERVICIO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS para personas usuarias y familiares.	<p>6.1.1 Verificar la existencia de un buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones para personas usuarias y familiares en un lugar visible. Evidencia: Buzón de quejas. Fuente: Observación del supervisor/a.</p> <p>6.1.2 Verificar la existencia de un sistema de control, apertura de buzón y, de seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones, que se lleve a cabo por una institución/sociedad civil/dependencia externa al centro, con una periodicidad mensual 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.</p> <p>6.1.3 Verificar la existencia de una bitácora de seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones. Evidencia: Bitácora de seguimiento de por lo menos un año de anterioridad con datos que contenga lo siguiente: Nombre completo, domicilio o teléfono donde posteriormente se le pueda notificar, estado, municipio y localidad de la persona que presenta la queja, denuncia o sugerencia, en caso de ser anónima debe existir un correo electrónico para que pueda ser notificado/a. Datos de los posibles responsable de la queja (nombre, cargo, establecimiento), fecha y hora en la que se presentaron los hechos, explicación minuciosa de la queja: maltrato, instalaciones u otra especificar.</p>		

<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>Puntuación (Máx.4 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 1%)</b>	<b>0%</b>

## CONCENTRADO DE LAS ÁREAS

No.	Área	%	
		Máximo	Obtenido
1	Infraestructura	33%	0%
2	Servicio de Alimentación	4%	0%
3	Organización del Establecimiento	12%	0%
4	Recursos Humanos	8%	0%
5	Proceso de la Atención	42%	#REF!
6	Satisfacción del Usuario	1%	0%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>#REF!</b>

## Anexo 3. Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales con Modelo Profesional.



### 📄 | Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales con Modelo Profesional.

Anexo 03

**Descarga el formato Aquí**



**CÉDULA DE SUPERVISIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES CON MODELO DE ATENCIÓN PROFESIONAL  
2025 V. 5.1**

Visita: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
Número de Reconocimiento CONASAMA: \_\_\_\_\_ Entidad: \_\_\_\_\_  
Status del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Número de Registro Estatal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Supervisor 1: \_\_\_\_\_ Hora de Inicio: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
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  Voluntario en caso de urgencia  
II.3 Tipo de población que atiende: \_\_\_\_\_  
II.4 Categorías por edad:  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:
	Adultos		
	Adultos mayores		
		#REF!	#REF!
	Adultas		
	Adultas mayores		
		#REF!	#REF!
<b>TOTAL:</b>		#REF!	#REF!

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

II.14.1 Tipo de seguimiento de los Usuarios:  Telefónico  Presencial  Correo Electrónico  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 CESMA 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 personas usuarias y familiares. Evidencia: El área deberá utilizarse para las labores de recepción e información a personas usuarias. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.2.2 Verificar la existencia de baños para personas usuarias y familiares. Evidencia: Baño en recepción. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.3	Consultorio o cubículo para valoración, además de determinación de prioridades de atención. TRIAGE.	1.3.1 Verificar la existencia de un consultorio con acceso directo desde la sala de espera con áreas para entrevista y exploración. Evidencia: Área señalizada y semáforo para el control de urgencias. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.4	CONSULTORIO para llevar a cabo las valoraciones médicas de primer ingreso.	1.4.1 Verificar la existencia de un consultorio y deberá contar con: lavabo (con jabón líquido y toallas desechables), botiquín de urgencias, asientos para el personal médico y paciente, mueble para escribir, mesa de exploración, cestos para bolsa de basura y residuos peligrosos (RPBI), estetoscopio, báscula con altímetro, termómetro, baumanómetro, torundero/ toallas alcoholizadas o con cloruro de benzalconio, recetario médico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio. Evidencia: Contar con el 100% del mobiliario e instrumentos descritos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.5	ÁREA para PSICOTERAPIA.	1.5.1 Verificar la existencia de un área <b>EXCLUSIVA</b> para psicoterapia individual. Evidencia: El área deberá ser utilizada para labores de consejería o psicoterapia individual <b>garantizando la confidencialidad evitando en su totalidad el uso de audio o videograbación.</b> Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.6	ÁREA para PSICOTERAPIA GRUPAL.	1.6.1 Verificar la existencia de un área para psicoterapia grupal. Evidencia: El área deberá ser utilizada para sesiones de psicoterapia grupal. Fuente: Observación del supervisor/a.		



1.7	Espacio físico para GUARDA DE EXPEDIENTES clínicos.	<p>1.7.1 Verificar la existencia de un espacio físico para guardar los expedientes clínicos de las personas usuarias, 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/a.</p>		
1.8	DORMITORIOS.	<p>1.8.1 Verificar un área EXCLUSIVA para que las personas usuarias duerman. Evidencia: Área de dormitorios exclusiva. Fuente: Observación del supervisor/a.</p> <p>1.8.2 Verificar que en los dormitorios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.</p> <p>1.8.3 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/a.</p> <p>1.8.4 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/a.</p> <p>1.8.5 Verificar que el espacio entre las camas tenga un mínimo de 60 cm a 1 mt. de separación a su alrededor (a excepción de las que estén pegadas a la pared). En caso de contar con literas/trileras el espacio de la altura entre camas debe de dar oportunidad de sentarse libremente a las personas y deberá contar con escaleras y barandal. Evidencia: Espacio mínimo de 60 cm. Fuente: Observación del supervisor/a.</p> <p>1.8.6 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/a.</p>		
1.9	SANITARIOS.	<p>1.9.1 Verificar que en los sanitarios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.</p> <p>1.9.2 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/a.</p> <p>1.9.3 Verificar que los sanitarios sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Un sanitario por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor/a.</p>		
1.10	REGADERAS.	<p>1.10.1 Verificar que en las regaderas existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.</p> <p>1.10.2 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/a.</p> <p>1.10.3 Verificar que las regaderas sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Una regadera por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor/a.</p>		
1.11	TINACO Y/O CISTERNA.	<p>1.11.1 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, con bitácora de limpieza. Fuente: Observación del supervisor/a.</p>		



1.12	Área de COCINA.	1.12.1 Verificar la existencia de un área exclusiva para preparar los alimentos sin leña, o en su defecto contar con estufa ecológica. Evidencia: El área deberá utilizarse exclusivamente para la preparación de alimentos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.13	Área de COMEDOR.	1.13.1 Verificar la existencia de un área de comedor. Evidencia: El área deberá ser utilizada para servir y consumir los alimentos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.14	Área de ACTIVIDADES RECREATIVAS.	1.14.1 Verificar la existencia de un área destinada a actividades recreativas. Evidencia: El área deberá ser utilizada por las personas, para realizar actividades de recreación. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.15	Espacio para ÁREA DE CHOQUE. (Sólo para Hospitales)	1.15.1 En caso de que el establecimiento sea un hospital, verificar la existencia de un área para choque con iluminación adecuada y que cuente con todos los aditamentos descritos en la Guía Breve para el Supervisor/a. Evidencia: área para choque con iluminación adecuada y que cuente con todos los aditamentos descritos en la Guía. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.16	Área DE URGENCIAS. (Sólo para Hospitales)	1.16.1 En caso de que el establecimiento sea un hospital, verificar que cuente con todos los requerimientos que solicita la NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. Consultar la Guía Breve para el Supervisor/a. Evidencia: Verificar que cuente con todos los requerimientos que solicita la NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.17	CARRO DE PARO. (Sólo para Hospitales)	1.17.1 Verificar la existencia del carro de paro con todos los aditamentos descritos en la Guía Breve para el Supervisor/a. Evidencia: carro de paro con todos los aditamentos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.18	Área de RESGUARDO y CONTROL de MEDICAMENTOS.	1.18.1 Verificar la existencia de un área exclusiva para resguardo de medicamentos con acceso restringido y limitado al personal. Evidencia: Área o mobiliario exclusivo para la guarda de medicamentos controlados, se deberá observar claramente el uso de restricciones para las personas usuarias tales como: candados, seguros o cerrojos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.18.2 Verificar que todos los medicamentos tengan una fecha de caducidad vigente y que no se encuentren fuera de sus empaques originales. Evidencia: Verificar que todos los medicamentos tienen una fecha de caducidad vigente y en sus empaques originales. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.19	Existencia de STOCK DE MEDICAMENTOS en URGENCIAS. (Sólo para Hospitales)	1.19.1. En caso de que el establecimiento sea un hospital, verificar que cuente con todos los medicamentos en la Guía Breve para el Supervisor/a. Evidencia: Verificar se cuente con todos los medicamentos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.20	EXTINTORES para casos de emergencia.	1.20.1 Verificar la existencia de extintores con fecha de caducidad vigente. Evidencia: Extintores vigentes. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.20.2 Verificar que el número de extintores corresponda con la amplitud de las instalaciones. Evidencia: Un extintor por cada 300m2 de superficie o fracción, a 1.5m de altura desde el nivel del piso. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.21	SEÑALIZACIONES de seguridad.	1.21.1 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/a.		
		1.21.2 Verificar que existe áreas de seguridad 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/a.		



		1.21.3 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/a.		
1.22	Cuenta con BOTIQUÍN de primeros auxilios.	1.22.1 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, abate lenguas, 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/a.		
1.23	Espacio 100% LIBRE DE TABACO y emisiones.	1.23.1 Observar la existencia de la señalización con la leyenda: "espacio 100% libre de tabaco y emisiones" Evidencia: Señalética ubicada donde sea visible para cualquier persona que ingrese al establecimiento. Fuente: Observación del Supervisor/a.		
		1.23.2 Observar la existencia de señalizaciones o letreros con la prohibición de fumar y la leyenda "Espacio 100% libre de tabaco y emisiones" al interior del establecimiento Evidencia: Señaléticas y/o letreros al interior del establecimiento (la cantidad de señalizaciones deben ser de acuerdo al espacio y en consideración a la visibilidad de los mismos). Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.23.3 Durante el recorrido al establecimiento, deben de existir letreros que indiquen el número 800-966-3863 (NO FUME) o 800-911-2000 Para Denuncias en caso de incumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento. Evidencia: Señalética o letreros con los números para denuncias (la cantidad de señalizaciones deben ser de acuerdo al espacio y en consideración a la visibilidad de los mismos). Fuente: Observación del Supervisor/a.		

**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.					
1.24	Recepción					0.0	
1.25	Espacio de medicamentos					0.0	
1.26	Área de valoración médica					0.0	
1.27	Área de Terapia individual					0.0	
1.28	Área de Terapia Grupal					0.0	
1.29	Dormitorios					0.0	
1.30	Cobijas y colchones de dormitorios					0.0	
1.31	Comedor					0.0	
1.32	Cocina					0.0	
1.33	Área de actividades recreativas					0.0	
1.34	Sanitarios					0.0	
1.35	Regaderas					0.0	
<b>PROMEDIO</b>		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		

<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>Puntuación (Máx. 112 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 36%)</b>	<b>0%</b>



## 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 las personas usuarias es balanceada, de buen aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo con el estado de salud de la persona.	2.1.1 Comprobar la existencia de menús alimentarios SEMANALES BALANCEADOS y de acuerdo con el estado de salud de las personas usuarias. Evidencia: Ver los menús firmados y avalados por un profesional en nutrición, nombre, firma y cédula profesional.		
		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/a. Nota: En caso de que no exista concordancia con lo observado en el menú, verificar que se esté brindando algún equivalente nutricional (Guías alimentarias saludables y sostenibles 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. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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/a.		
		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 personas internas (observado/reportado). Fuente: Observación del supervisor/a.		
		2.1.6 Comprobar que los alimentos se encuentran debidamente resguardados para evitar su contaminación. En caso de que el servicio de alimentación sea otorgado por una institución u organización o un servicio subrogado, se solicitará contrato de prestación del mismo. Evidencia: Observar anaqueles, tarimas, entrepaños o cualquier superficie limpia para contener los alimentos y evitar su contaminación alejándolos del piso, alimentos en buen estado, o contrato de prestación de servicios. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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/a.		

<b>SERVICIO DE ALIMENTACIÓN</b>	<b>Puntuación (Máx. 12 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 4%)</b>	<b>0%</b>

## 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 y/o Licencia Sanitaria.		
3.2	Cuenta con RESPONSABLE SANITARIO.	3.2.1. Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y cédula del/la profesional de salud. Evidencia: Aviso de Responsable Sanitario.		
3.3	Cuenta con RESPONSABLE LEGAL.	3.3.1. 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.		



3.4	Cuenta con Clave Única de Organizaciones (CLUNI) o establecimientos de salud (CLUES).	3.4.1 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.		
3.5	Cuenta con Registro Federal de Contribuyentes (RFC).	3.5.1 Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y dirección actuales del establecimiento. Evidencia: RFC válido si pertenece a una red.		
3.6	MANUAL DE ORGANIZACIÓN.	3.6.1 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 y actualizado, esto en función de cualquier modificación a su estructura, sus funciones y/o estatuto del reglamento interno del establecimiento.		
3.7	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.	3.7.1 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. Pre Ingreso; 2. Ingreso ; 3. Evaluación; 4. Tratamiento (Intervención individual, grupal y/o familiar; manejo médico; estrategias y componentes por sexo y/o grupo etario); 5. Cierre y/o egreso; 6. Referencia y 7. Seguimiento; f) Materiales, cronograma de actividades y Anexos. Avalado por la CESMA. Evidencia: Documento escrito que contenga los puntos señalados anteriormente y cuente con el aval de la CESMA. (Deberá ser sujeto a actualizaciones periódicas en función a cualquier modificación a algunos de los procedimientos o de ciertos estatutos del reglamento interno).		
3.8	Cuenta con un DIRECTORIO del establecimiento.	3.8.1 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.		
3.9	Existe en el área de admisión un cartel con los DERECHOS de las personas usuarias.	3.9.1 Verificar la existencia del cartel con los derechos de las personas. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible para personas y familiares.		
3.10	Cuenta con REGLAMENTO INTERNO.	3.10.1 Verificar la existencia oficializado que establezca la puntualidad de las personas usuarias a sus sesiones; que se evita completamente el maltrato físico entre y hacia estas; señala que se evita el empleo de palabras altisonantes entre y hacia estas; establece los horarios de visita de los familiares. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente, lugar visible, personal del establecimiento y personas usuarias.		
3.11	Cuenta con los CRITERIOS DE REFERENCIA sobre padecimientos que no pueden atender en un lugar visible.	3.11.1 Verificar la existencia de los criterios de REFERENCIA 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.  3.11.2 Verificar que el establecimiento no admite personas con condiciones psiquiátricas primarias al consumo de sustancias. Evidencia: Durante el recorrido, en la revisión de expedientes (referencias) y en las entrevistas, no se encuentran personas con condiciones psiquiátricas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
3.12	Cuenta con los CRITERIOS DE INCLUSIÓN sobre padecimientos que se pueden atender en un lugar visible.	3.12.1 Comprobar si los criterios de inclusión del establecimiento concuerdan con lo observado al interior del establecimiento. Evidencia: Observar que en el centro sólo se encuentren personas usuarias que cumplan con algún criterio de inclusión. Fuente: Observación del supervisor/a, nota de ingreso, etc.		
3.13	Notifica mensualmente al SISVEA los casos atendidos.	3.13.1 Verificar la existencia de notificaciones al SISVEA enviadas y selladas/firmadas. Evidencia: Notificaciones impresas y/o electrónicas selladas y/o firmadas de recibido de los últimos dos meses previos a la visita <b>(sólo aplica a establecimientos privados)</b> . Fuente: Documento impreso.		



3.14	Lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de las personas usuarias, por escrito, validados por PROTECCIÓN CIVIL.	3.14.1 Verificar la existencia de un programa interno validado por Protección Civil o Dictamen. Evidencia: Documento escrito oficializado vigente (de uno a dos años), firmado por persona responsable de protección civil y con nombre y dirección del establecimiento.		
3.15	Control y erradicación contra FAUNA NOCIVA.	3.15.1. 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.		
		3.15.2 Verificar la existencia de un cronograma de fumigación. Evidencia: Documento. Fuente: Personal del establecimiento.		

<b>ORGANIZACIÓN</b>	<b>Puntuación (Máx. 38 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 12%)</b>	<b>0%</b>

## 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.

<b>Número Total de Trabajadores</b>	<b>0</b>
-------------------------------------	----------

<b>Número de Certificados</b>	<b>0</b>
-------------------------------	----------



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	El DIRECTOR/A de la unidad tiene CAPACITACIÓN en adicciones.	4.2.1 Verificar la existencia de cédula profesional y que cuente con capacitación en el tema de adicciones. Evidencia: Cédula profesional y constancias de capacitación en temas de adicciones de los últimos 3 años. Fuente: Expediente de Recursos Humanos y constancias de capacitación.		
4.3	El PERSONAL que implementa el modelo de tratamiento ha recibido CAPACITACIÓN.	4.3.1 Verificar que el personal profesional que brinda el modelo de intervención ha recibido capacitación en materia de adicciones. Evidencia: Documento oficial que avale estudios de tratamiento de adicciones (certificado, constancia, diploma, títulos, y/o comprobante de que en ese momento cursa algún diplomado, especialidad, maestría, doctorado). 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 tres años.		
4.4	El PERSONAL médico SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias.	4.4.1 Verificar la existencia de personal médico en un horario continuo de 8 horas diarias de lunes a viernes, (40 horas semanales) para llevar a cabo valoraciones médicas, consultas subsecuentes y atención continua a las personas usuarias. Evidencia: Organigrama y plantilla de personal, registro de pacientes, <b>verificar en el aviso de funcionamiento el horario del personal médico.</b>		
4.5	El PERSONAL de PSICOLOGÍA es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias.	4.6.1 Verificar que cada persona usuaria debe de tener cuando menos una sesión semanal de psicoterapia individual; para lo cual debe de haber el personal suficiente y exclusivo para esta actividad y atender la totalidad de la capacidad instalada (número de camas).Ejemplo: Si existen 40 camas instaladas deberá haber un profesional de psicología que esté 40 hrs a la semana o 2 psicólogos/as que laboren 20 horas cada una. Evidencia: Organigrama, cronograma de actividades y notas de evolución de psicología semanales en expediente clínico. Fuente: Expediente.		
4.6	El PERSONAL de ENFERMERÍA es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias.	4.6.1 Verificar la existencia de personal de enfermería. Evidencia: Directorio de personal, plantilla, expediente de recursos humanos y de cédula profesional.		
4.7	El PERSONAL de TRABAJO SOCIAL es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias.	4.7.1 Verificar la existencia de personal de trabajo social. Evidencia: Directorio de personal, plantilla, expediente de recursos humanos y cédula profesional.		
4.8	El establecimiento cuenta con un CÓDIGO DE ÉTICA y CONDUCTA para PROFESIONALES.	4.8.1 Verificar la existencia de un código de ética y conducta para profesionales. Evidencia: Documento impreso y/o electrónico. Fuente: Corroborar su conocimiento con el personal profesional.		
4.9	Capacitación del personal en PROTECCIÓN CIVIL.	4.9.1 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 el último año. El responsable de protección civil deberá estar presente al momento de la visita. Fuente: Personal del establecimiento.		
		4.9.2. 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. Las personas responsable de manejo de extintores deberá de estar presente al momento de la visita y puede ser más de una.		



RECURSOS HUMANOS	Puntuación (Máx. 18 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 6%)	0%

## 5. PROCESO DE LA ATENCIÓN

### 5.1 PRE INGRESO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.1.1	ENTREVISTA INICIAL.	5.1.1.1 Verificar la elaboración de la entrevista inicial que incluya: a) datos generales; b) consumo de sustancias; c) disposición al cambio; d) familia; e) tiempo libre; f) salud mental; y g) salud física. Evidencia: documento escrito con todos los puntos anteriores con nombre y firma de quien aplico la entrevista (profesional de la salud; las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012). Fuente: Expediente		
5.1.2	INSTRUMENTO DE TAMIZAJE.	5.1.2.1 Verificar la aplicación del instrumento de tamizaje ASSIST u otro instrumento que evalúe indicadores de dependencia a sustancias psicoactivas (valido y confiable), con la finalidad de valorar el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas de la persona usuaria. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado con fecha de aplicación, número de expediente, nombre, firma y cargo de quien aplicó. Fuente: Expediente.		
5.1.3	INSTRUMENTOS indicadores para TRASTORNO DUAL.	5.1.3.1 Verificar la aplicación del Inventario de Síntomas de Ansiedad de Beck u otro instrumento (valido y confiable) que evalúe dichos síntomas. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona usuaria, fecha, nombre y firma de quien lo aplica, cargo, puntaje obtenido y nivel de ansiedad. Fuente: expediente.		
		5.1.3.2 Verificar la aplicación del Inventario de Síntomas de Depresión de Beck u otro instrumento (valido y confiable) que evalúe dichos síntomas. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona, fecha, nombre y firma de quien lo aplica, cargo, puntaje obtenido y nivel de depresión. Fuente: expediente.		
		5.1.3.3 Verificar la aplicación del Instrumento de Psicosis SCL-90R u otro instrumento (valido y confiable) que evalúe dichos síntomas. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona, fecha, número de expediente, nombre y firma de quien lo aplica, cargo, nivel de molestia. Fuente: expediente.		
5.1.4	Nota de VALORACIÓN INDIVIDUAL.	5.1.4.1 Verificar la elaboración de la nota de valoración individual Evidencia: Nota de valoración individual (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012), que contenga: nombre de la persona usuaria, sexo, estado civil, número de expediente, edad, escolaridad, motivo de consulta, resultados de los instrumentos aplicados, observaciones de la valoración, resultado, nombre, cargo y firma de profesional quién elaboró (medicina, psicología y trabajo social). Fuente: expediente.		
5.1.5	Hoja de REFERENCIA (si aplica).	5.1.5.1 Verificar la existencia de una Hoja de referencia debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia), que contenga como mínimo: fecha de referencia, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la referencia. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012).		



**5.2 INGRESO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.2.1	Registro de ingresos.	5.2.1.1 Verificar el registro de ingresos con los siguientes puntos: fecha de ingreso, datos generales de la persona usuaria (nombre, edad, sexo), tipo de ingreso, nombre del familiar, tutor o representante legal que lo acompañó, alguna dirección, teléfono para avisos y fecha de egreso (en caso de que aplique). Evidencia: Registro de ingresos físico o electrónico, con todos los puntos señalados anteriormente.		
		5.2.1.2 Comprobar que el número de personas internas en el centro es consistente con lo reportado en el registro de ingresos. Evidencia: Observar que el número de personas concuerde con el registro/bitácora de ingresos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
5.2.2	Nota de ingreso.	5.2.2.1. Verificar en el expediente la nota de ingreso o reingreso (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012). El documento deberá contener los siguientes puntos: fecha y hora de elaboración, datos generales de la persona (nombre, sexo, edad), motivo de consulta, exploración física, descripción general del estado de salud, impresión diagnóstica, plan de tratamiento, datos del familiar/representante legal, nombre, firma y número de cédula profesional del personal de salud. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente.		
5.2.3	Inscripción de las personas usuarias a un Servicio de Salud.	5.2.3.1 Verificar la existencia del documento de inscripción a un Servicio de Salud (IMSS, ISSSTE) o bien carta de No Derechohabencia (para atención en el IMSS BIENESTAR) o CURP impresa. Evidencia: Revisión de documento en expediente. Fuente: Expediente. Nota: para el caso de personas migrantes es importante contar con una identificación.		
5.2.4	Estudio Socioeconómico.	5.2.4.1 Verificar la existencia del estudio socioeconómico que incluya; número de expediente, fecha, datos generales de la persona usuaria, condiciones económicas, vivienda, estado de salud, nombre y firma del entrevistado/a, nombre y firma del profesional en trabajo social y cédula profesional. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		
5.2.5	Consentimiento informado con: ingreso voluntario (carta de consentimiento informado según el caso). A) adultos (mayores de 18 años). B) adultos mayores (60 y más).	5.2.5.1 Verificar al azar en 5 expedientes las solicitudes, por escrito, de las personas mayores de 18 años donde se hace constar el motivo de la solicitud (consentimiento informado firmado). 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 de la persona, nombre completo y firma del director/a o responsable en turno, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		
		5.2.5.2 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, nombre completo y firma del director, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		



		<p>5.2.5.3 En caso de que la persona menor de 12 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 de la persona usuaria (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.</p>		
5.2.6	Consentimiento Informado con ingreso en caso de urgencia.	<p>5.2.6.1 Verificar la indicación de personal médico. El documento deberá contener: lugar y fecha en la que se emitió, nombre completo de la persona, impresión diagnóstica médica, motivo por el que se requiere la atención residencial, nombre, firma y cédula profesional de medicina. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.6.2 Verificar la solicitud de ingreso firmado por el usuario, familiar responsable, tutor o representante legal. El documento deberá contener: lugar y fecha en la que se emitió, nombre completo de la persona, consentimiento de la familia para el ingreso, responsable, tutor o representante legal, parentesco con la persona usuaria y nombre completo y firma del director/a. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.6.3 Verificar notificaciones selladas y/o firmadas del responsable del establecimiento al Ministerio Público o autoridad legal competente, en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la admisión. El documento deberá contener: nombre del establecimiento, fecha de elaboración, datos generales de la persona (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 médico que realiza la notificación, si fuese el caso, también deberá describirse lesiones que presente la persona. Evidencia: Documento escrito o electrónico que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
5.2.7	Ingreso voluntario en caso de urgencia.	<p>5.2.7.1 Verificar la solicitud de la autoridad legal competente y la firma del consentimiento informado voluntario Evidencia: Documento escrito donde se señale la indicación del Juez o autoridad legal competente para que la persona usuaria reciba tratamiento en adicciones, además del consentimiento informado voluntario. Fuente: Expediente.</p>		
5.2.8	Elementos del Consentimiento Informado: a) Compromiso de continuidad de tratamiento médico. b) Confidencialidad y protección de datos personales. c) Restricción de videograbación, fotografías sin consentimiento.	<p>5.2.8.1 Verificar la existencia de un párrafo/oración contenido en el consentimiento informado donde se especifique que previo al ingreso existe una condición de salud que requiere la continuidad de tratamiento médico que será suministrada en las dosis, horarios y duración indicada. Evidencia: Párrafo escrito en el consentimiento informado. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.8.2 Verificar que en el consentimiento informado se incluya un párrafo donde se asegure que toda información proporcionada por el familiar o la persona se manejará bajo la Ley de Protección de Datos Personales o la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares. Evidencia: Párrafo escrito en el consentimiento informado. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.8.3 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 la persona y/o familiar o representante legal. Evidencia: Párrafo escrito en el consentimiento informado. Fuente: Expediente.</p>		
5.2.9	Formatos de transparencia de COSTOS.	<p>5.2.9.1 Verificar la existencia de un documento escrito donde se informó sobre los costos del tratamiento, y se estipule que queda prohibido que el establecimiento residencial de atención a las adicciones, retenga o pretenda retener a cualquier persona para garantizar el pago de la atención prestada o cualquier otra obligación, firmado por la persona y/o familiar o representante legal. Puede ser convenio o contrato. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		



		5.2.9.2 Verificar la existencia de un control de los pagos por servicios. Evidencia: Documento escrito firmado por la persona 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.		
--	--	--	--	--

### 5.3 DURANTE LA EVALUACIÓN 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		
5.3.1	HISTORIA CLÍNICA MÉDICA, estudios de laboratorio y de gabinete.	5.3.1.1 Verificar en el expediente la historia clínica realizada durante las primeras 48 horas, al ingreso de la persona. El documento deberá contener: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales (patológicos y no patológicos), antecedentes de consumo de drogas, padecimiento(s) actual(es), interrogatorio, exploración física, resultados de estudios, tratamientos previos y resultados, diagnósticos o problemas clínicos; nombre, firma y número de cédula profesional de medicina. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		
		5.3.1.2 Verificar en el expediente la realización de exámenes de laboratorio mínimos indispensables (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, electrocardiograma y pruebas de función hepática). Evidencia: Documento escrito (mín. 3 de 5). Fuente: Expediente y personal del establecimiento.		
5.3.2	Toda MEDICACIÓN es prescrita por un médico.	5.3.2.1 Verificar que, en caso de alguna condición médica, se haya suministrado el medicamento necesario. Evidencia: Bitácoras, hojas médicas y original o copia de la receta médica. Fuente: Expediente.		
5.3.3	BITACORA DE MINISTRACIÓN de medicamentos u HOJAS DE ENFERMERÍA.	5.3.3.1 Verificar la existencia y el llenado de la bitácora de ministración de medicamentos en la que se especifique la fecha y hora del medicamento indicado, dosis y presentación, nombre de la persona, número de expediente, nombre y firma de quien ministra, y nombre y firma y/o huella de la persona o en caso de haber profesional de enfermería revisar la hoja de enfermería debidamente llenada. Evidencia: Bitácora de ministración u hoja de enfermería. Fuente: Bitácora y observación del supervisor/a.		

### 5.4 PROCESO TERAPÉUTICO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.4.1	CRONOGRAMA de Actividades.	5.4.1.1 Verificar la existencia de un cronograma diario de actividades para la persona usuaria que contenga la especificación de las actividades diarias con un horario específico y personal responsable de la actividad. Dicho cronograma señala los horarios: para dormir, despertar, de alimentación, de psicoterapia individual, de consejería individual (si es el caso), actividades recreativas, de aseo personal, visitas familiares y sesiones familiares, entre otros. Evidencia: Cronograma impreso y visible. Éste se puede dividir en dos, uno para las actividades individuales y grupales o se puede integrar en uno sólo. Fuente: Observación del personal supervisor.		
		5.4.1.2 Verificar que las actividades descritas en el cronograma concuerden con lo observado al momento de la visita. Evidencia: Observar si las personas se encuentran realizando las actividades señaladas en el cronograma. Fuente: Observación de supervisor/a.		

5.4.2	El establecimiento realiza un PLAN DE TRATAMIENTO.	<p>5.4.2.1 Verificar la existencia de un plan de tratamiento Evidencia: Plan de tratamiento personalizado elaborado por el personal profesional y debe incluir datos generales, resultados de la valoración médica, psicológica y de trabajo social, estado físico, riesgos en salud, objetivos terapéuticos, metas a corto, mediano y largo plazo, resultados esperados, nombre, firma y cédula de los profesionales quienes la elaboran. Fuente: Expediente.</p>		
5.4.3	NOTAS de EVOLUCIÓN.	<p>5.4.3.1 Verificar las notas de evolución psicológicas por persona (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012), que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales (nombre, edad, sexo), fecha y hora en la que se emitió, objetivo de la sesión, resumen de la sesión, resultados de la sesión, plan terapéutico y fecha de la siguiente sesión, actividades asignadas para la persona y nombre, firma y número de cédula profesional de personal de psicología. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente los datos generales de la persona, la fecha y hora, objetivo de la sesión, el resumen de la sesión, plan terapéutico para la siguiente sesión, actividades asignadas, observaciones, fecha de la próxima sesión, nombre, firma y cédula profesional de psicología. Fuente: Expediente.</p> <p>5.4.3.2 Verificar las notas de evolución médicas (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012), que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales de la persona (nombre, edad, sexo), fecha y hora de elaboración, signos vitales (pulso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), evolución y actualización del cuadro clínico, resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico, plan de tratamiento e indicaciones médicas, nombre, firma y cédula profesional de medicina. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos. Fuente: Expediente.</p> <p>5.4.3.3 Verificar la existencia de una nota de evolución sociofamiliar o de trabajo social (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012). Evidencia: notas de evolución que contenga: número de expediente, datos generales de la persona, fecha y hora de elaboración, diagnóstico social, objetivos e intervención social, actividades asignadas, observaciones, nombre, firma y cédula profesional de trabajo social.</p>		
5.4.4	SOLICITUD y NOTAS DE INTERCONSULTA (de casos que requieren servicios médicos especializados, incluyendo casos de Embarazo de Alto Riesgo).	<p>5.4.4.1 Verificar que el centro realice solicitudes de interconsulta cuando se requiera la atención de otra área profesional. Evidencia: Documento escrito que contenga los siguientes elementos: nombre del establecimiento, ciudad, qué servicio refiere y a qué servicio se solicita, número de expediente, fecha, hora, nombre de la persona, resumen clínico, motivo de interconsulta, nombre, firma y cédula del personal médico solicitante. Fuente: Expediente.</p> <p>5.4.4.2 Verificar las notas de interconsulta (en caso de que aplique; las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012) correspondientes que deberán contener los siguientes puntos: fecha y hora en que se otorga el servicio, datos generales de la persona, 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 y firma de profesional de la salud. Evidencia: Documento escrito con todos los datos. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.4.5.1 Comprobar que el centro implementa sesiones individuales y grupales de terapia psicológica, mínimo una vez por semana. Evidencia: Observar que en el cronograma se detallen espacios para sesiones individuales y/o grupales. Fuente: Observación del personal supervisor.</p> <p>5.4.5.2 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la identificación de metas y desarrollo de un plan de vida de la persona. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico de la persona. Fuente: Expediente.</p>		

5.4.5	El establecimiento dispone de un PROGRAMA DE TRATAMIENTO para la persona.	<p>5.4.5.3 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la recreación y el manejo del tiempo libre. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico o bitácora de talleres o ejercicios grupales. Fuente: Expediente y/ bitácora.</p> <p>5.4.5.4 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la realización de ejercicio físico. Evidencia: Verificar que en el cronograma se encuentren descritas las actividades que se realizan para fomentar el ejercicio físico y solicitar las listas de asistencia o bitácoras de las actividades. Fuente: Listas de asistencia y bitácoras de actividades.</p> <p>5.4.5.5 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> <p>5.4.5.6 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la relación de pareja. Evidencia: Notas de Evolución, instrumentos o ejercicios que se encuentren en el expediente clínico de la persona usuaria. Fuente: Expediente.</p> <p>5.4.5.7 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la adquisición de habilidades para afrontar situaciones de riesgo de consumo (prevención de recaídas). Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario/a. Fuente: Expediente.</p> <p>5.4.5.8 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la reinserción social de la persona. Evidencia: Verificar que en el cronograma se encuentren descritas las actividades programadas como reinserción social (oficios, actividades escolares, etc.). Evidencia válida pueden ser los documentos u objetos resultado de estas actividades, acompañados del cronograma y las bitácoras o listas de asistencia de las actividades. Fuente: Expediente.</p> <p>5.4.5.9 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de recuperación de la persona. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios aplicados a los familiares, descripción de las actividades en un cronograma. Las listas de asistencia sólo serán válidas acompañadas de las notas de evolución o cronogramas. Fuente: Expediente.</p>		
5.4.6	El programa de tratamiento contempla un componente para favorecer la adquisición de HABILIDADES PARA LA VIDA.	<p>5.4.6.1 Habilidades sociales: comunicación asertiva, desarrollo de vínculos con personas significativas. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.</p> <p>5.4.6.2 Habilidades cognitivas: toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.</p> <p>5.4.6.3 Habilidades emocionales: control de enojo, control de la ansiedad, manejo de la tristeza, manejo de la frustración, etc. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.</p>		
5.4.7	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.	<p>5.4.7.1 Verificar la existencia de guías de práctica clínica de al menos: diagnóstico y tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, diagnóstico y tratamiento de varices esofágicas, diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por el alcohol etílico en la adultez en el 2º y 3er nivel de atención, diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas por opiáceos y benzodiazepinas en los tres niveles de atención. Evidencia: Contar con todas las guías mencionadas en versión electrónica o impresa.</p>		

		5.4.7.2 Verificar que en el expediente existan documentos que hagan referencia a la implementación del uso de las GPC. Evidencia: Notas de evolución, hojas de registros clínicos, notas médicas (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012), etc. Que hagan referencia explícita a alguna Guía de Práctica Clínica. Fuente: Expediente.		
--	--	---	--	--

**5.5 PROCESO DE EGRESO DE LA PERSONA USUARIA**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.5.1	NOTA DE EGRESO.	5.5.1.1 Verificar la existencia de una nota de egreso (las notas deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012) que contenga los siguientes puntos: No de Expediente, datos generales de la persona usuaria, fecha de ingreso y egreso, signos vitales, motivo o tipo de egreso, resumen de la evolución y del estado actual del usuario/a, problemas clínicos pendientes, criterios de egreso, información complementaria, ratificación del diagnóstico final (CIE-11, DSM-5-TR), pronóstico, indicaciones de tratamiento ambulatoria por áreas (médicas, psicológicas u otras), fechas de seguimientos, nombre, firma y cédula del personal médico y de psicología y, del director/a del establecimiento. Fuente: Expediente. Evidencia: Nota de egreso que contenga obligatoriamente todos los puntos anteriores.		
5.5.2	Cuestionario de SATISFACCIÓN DEL SERVICIO.	5.5.2.1 Verificar la existencia de un cuestionario de satisfacción con el servicio de tratamiento en el expediente que contenga los siguientes elementos: nombre de la persona consultante, fecha, No. de expediente, nombre y firma de la persona que aplica la prueba y cargo. Fuente: Expediente. Evidencia: Cuestionario de satisfacción debidamente llenado.		

**5.6 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.6.1	Cuenta con un DIRECTORIO de instituciones y servicios de salud para la referencia de las personas en casos de urgencia.	5.6.1.1 Verificar la existencia del documento y que éste se encuentre actualizado y accesible para su consulta. Evidencia: Directorio vigente del último año (impreso o electrónico) y validado por la CESMA. Fuente: Documento impreso o electrónico.		
5.6.2	Cuenta con GUÍA OPERATIVA de referencia.	5.6.2.1 Verificar la existencia de una guía operativa de referencia y contrarreferencia a otros establecimientos, de acuerdo a la complejidad y cuadro clínico. Evidencia: Documento impreso o electrónico.		
5.6.3	HOJA DE REFERENCIA: -Caso de intoxicación -Continuidad de Atención Ambulatoria. -Referencia a personas usuarias con dependencia a opiáceos a clínicas de metadona. -Otro nivel de atención por urgencias o enfermedades que requieran otra atención.	5.6.3.1 Verificar la existencia de una hoja de referencia debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia), que contenga como mínimo: fecha de referencia, hora, urgencia, datos de la persona (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal médico que realizó la referencia. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.		

5.6.4	REGISTRO y CONTROL DE REFERENCIAS.	<p>5.6.4.1 Verificar la existencia de un registro y control de referencias que contenga los siguientes puntos: fecha de referencia, datos de la persona (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la referencia y, apartado de seguimiento de personas referidas.</p> <p>Evidencia: Registro físico o electrónico que contenga obligatoriamente la fecha en que se realizó la referencia, los datos de la persona, motivo del envío, los datos del establecimiento al que se refiere y el nombre, firma y cargo de la persona que realizó la referencia. En caso de ser electrónico omitir la firma.</p>		
5.6.5	VINCULACIÓN CON ORGANIZACIONES PRIVADAS o PÚBLICAS para la atención de personas usuarias con DEPENDENCIA A OPIÁCEOS.	<p>5.6.5.1 Verificar que el establecimiento realiza vinculación de personas con dependencia a opiáceos con organizaciones privadas o públicas para intercambio de jeringas.</p> <p>Evidencia: Carta de presentación y/o intención de las organizaciones dirigidas al establecimiento.</p>		

### 5.7 PROCESO DE SEGUIMIENTO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.7.1	SEGUIMIENTO de casos.	<p>5.7.1.1 Verificar la existencia del reporte de seguimiento y valoración del caso en un periodo de un año (se sugiere que se haga al mes, tres, seis y doce meses), una vez finalizado el tratamiento que contenga los siguientes datos: Datos de la persona, fecha, No. de expediente, periodo de seguimiento, objetivo de la sesión, resumen, tareas asignadas, aspectos que se revisarán en próximo seguimiento, observaciones, nombre y firma de la persona encargada de hacer dicho seguimiento (personal terapéutico/trabajo social).</p> <p>Evidencia: Reporte de seguimiento. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.7.1.2 Verificar la existencia de documentos y/o instrumentos que hagan constar el seguimiento y valoración del caso en un periodo de un año (se sugiere que se haga al mes, tres, seis y doce meses), una vez finalizado el tratamiento.</p> <p>Evidencia: Entrevistas, notas de evolución, reportes, bitácoras de seguimiento en el expediente clínico. Fuente: Personal del establecimiento y/o expediente y/o bitácoras de seguimiento.</p>		

### PROCESO DE LA ATENCIÓN

**Puntuación (Máx. 130pts.)**
**0**
**Porcentaje (Máx. 41%)**
**0%**

### 6. SATISFACCIÓN DE LA PERSONA

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	Proporciona un SERVICIO DE QUEJAS y SUGERENCIAS para personas usuarias y familiares.	<p>6.1.1 Verificar la existencia de un buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones para personas usuarias y familiares en un lugar visible.</p> <p>Evidencia: Buzón de quejas. Fuente: Observación del supervisor/a.</p>		
		<p>6.1.2 Verificar la existencia de un sistema de control, apertura de buzón y, de seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones, que se lleve a cabo por una institución/sociedad civil/dependencia externa al centro, con una periodicidad mensual y se levantará un acta.</p> <p>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.</p>		

	6.1.1.3 Verificar la existencia de una bitácora de seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones. Evidencia: Bitácora de seguimiento de por lo menos un año de anterioridad con datos que contenga lo siguiente: Nombre completo, domicilio o teléfono donde posteriormente se le pueda notificar, estado, municipio y localidad de la persona que presenta la queja, denuncia o sugerencia, en caso de ser anónima debe existir un correo electrónico para que pueda ser notificado/a. Datos de los posibles responsable de la queja (nombre, cargo, establecimiento), fecha y hora en la que se presentaron los hechos, explicación minuciosa de la queja: maltrato, instalaciones u otra. Especificar.		
SATISFACCIÓN	<b>Puntuación (Máx.4 pts.)</b>	<b>0</b>	
	<b>Porcentaje (Máx. 1%)</b>	<b>0%</b>	

### CONCENTRADO DE LAS ÁREAS

No.	Área	%	
		Máximo	Obtenido
1	Infraestructura	36%	<b>0%</b>
2	Servicio de Alimentación	4%	<b>0%</b>
3	Organización del Establecimiento	12%	<b>0%</b>
4	Recursos Humanos	6%	<b>0%</b>
5	Proceso de la Atención	41%	<b>0%</b>
6	Satisfacción del Usuario	1%	<b>0%</b>
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>0%</b>

## Anexo 4. Ejemplo de carta de presentación y solicitud de consentimiento informado.



### Ejemplo de carta de presentación y solicitud de consentimiento informado.

Anexo 04

**Ejemplo de carta de presentación y solicitud de consentimiento informado**

Salud  
Secretaría de Salud

60 años CONASAMA

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_  
Oficio No: \_\_\_\_\_  
Asunto: \_\_\_\_\_

**Nombre legal del establecimiento**  
**Dirección**  
**ID-U**  
**Presente**

Me refiero al proceso de Reconocimiento y Ratificación de los Establecimientos Residenciales que realiza esta Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) en conjunto con la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones (CESMA), y en términos de lo establecido en la fracciones VI y XVII del artículo 5° del DECRETO por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, por el cual se supervisan diferentes áreas de los establecimientos residenciales de atención a las adicciones como lo son: características generales, infraestructura, servicios de alimentación, organización, recursos humanos, proceso de la atención y satisfacción de las personas usuarias.

Al respecto me permito informarle que, con el fin de llevar a cabo la supervisión a su establecimiento, se ha designado a \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ quienes se identifican con gafetes de esta Institución.

Por lo anterior, solicito a usted otorgue las facilidades y apoyos necesarios para supervisar su establecimiento de acuerdo a los procedimientos emitidos por esta Comisión, así como a los ordenamientos regulatorios aplicables. Dicha supervisión integra diversos aspectos: levantamiento de la cédula de supervisión, entrevistas a personas usuarias y personal del establecimiento, además de la toma de evidencia fotográfica necesaria y suficiente de la infraestructura del establecimiento, misma que excluye a personas usuarias del servicio y personal que labora en la Unidad. Por lo anterior pedimos su consentimiento para proceder a realizarla. Sin otro particular y en espera de seguir sumando esfuerzos, reciba un cordial saludo.

**Atentamente**

**Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones**

C.c.p.

**Descarga el formato Aquí**



# Ejemplo de carta de presentación y solicitud de consentimiento informado



Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Oficio No: \_\_\_\_\_.

Asunto: \_\_\_\_\_

## **Nombre legal del establecimiento**

## **Dirección**

## **ID-U**

## **Presente**

Me refiero al proceso de Reconocimiento y Ratificación de los Establecimientos Residenciales que realiza esta Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) en conjunto con la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones (CESMA), y en términos de lo establecido en la fracciones VI y XVII del artículo 5° del DECRETO por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, por el cual se supervisan diferentes áreas de los establecimientos residenciales de atención a las adicciones como lo son: características generales, infraestructura, servicios de alimentación, organización, recursos humanos, proceso de la atención y satisfacción de las personas usuarias.

Al respecto me permito informarle que, con el fin de llevar a cabo la supervisión a su establecimiento, se ha designado a \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, quienes se identifican con gafetes de esta Institución.

Por lo anterior, solicito a usted otorgue las facilidades y apoyos necesarios para supervisar su establecimiento de acuerdo a los procedimientos emitidos por esta Comisión, así como a los ordenamientos regulatorios aplicables. Dicha supervisión integra diversos aspectos: levantamiento de la cédula de supervisión, entrevistas a personas usuarias y personal del establecimiento, además de la toma de evidencia fotográfica necesaria y suficiente de la infraestructura del establecimiento, misma que excluye a personas usuarias del servicio y personal que labora en la Unidad. Por lo anterior pedimos su consentimiento para proceder a realizarla. Sin otro particular y en espera de seguir sumando esfuerzos, reciba un cordial saludo.

**A t e n t a m e n t e**

**Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones**

C.c.p.



## Anexo 5. Evidencias para los establecimientos residenciales Profesionales/Hospitalarios.



### Evidencias para los establecimientos residenciales Profesionales/Hospitalarios.

Anexo 05

Evidencias para los establecimientos residenciales Profesionales/Hospitalarios		
Numeral	Ítem	Evidencia
1.15	Espacio para Área de choque (Sólo para Hospitalarios)	<p>Verificar la existencia de un área para choque con iluminación adecuada, tripies, tomas de corriente eléctrica funcionales conectados a planta de emergencia, tarja para lavado de material, biombo o cortina para privacidad, lámpara de chicote, banco de altura; Ventilador mecánico de presión positiva (opcional); toma de oxígeno empotrado o tanque de oxígeno con borboteador y manómetro, toma de aire empotrado con circuito para aspiración o equipo de aspiración portátil; existencia de camilla hidráulica o eléctrica con barandales.</p> <p>Evidencia: El espacio deberá contar con el mobiliario y equipo en buen estado y funcionando.</p> <p>Fuente: Observación del supervisor.</p>
1.16	ÁREA DE URGENCIAS (Sólo para Hospitalarios)	<p>1.16.1 Verificar la existencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Espacio físico con estación de camillas y sillas de ruedas, ubicada junto al pasillo de acceso de ambulancias y vehículos, así como al módulo de recepción y control.</li> <li>✓ Rampas para el acceso de pacientes y acceso para ambulancias.</li> <li>✓ Espacios para observación de pacientes con privacidad y tomas para succión con tubo Tigon y frascos para aspiración con el equipo completo limpio y funcional.</li> <li>✓ Camillas con barandales de protección y colchones ahulados.</li> <li>✓ Circuito eléctrico conectado a planta de emergencia.</li> <li>✓ Planta de emergencia y bitácora de mantenimiento correctivo y preventivo.</li> <li>✓ Tomas de oxígeno empotrado o cilindros con oxígeno y manómetro.</li> <li>✓ Central de enfermería con: Módulo de trabajo con vista hacia todas las camillas, sillas apilables, formatos de papelería diversa, vitrina para resguardo de medicamentos limpia y ordenada, red fría para uso exclusivo de conservación de medicamentos e insumos para la salud, con temperatura de (2 - 8° C), equipo telefónico, bitácora de relevantes del área.</li> </ul>

Descarga el formato Aquí





# Evidencias para los establecimientos residenciales Profesionales/Hospitalarios



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Numeral	Ítem	Evidencia
1.15	Espacio para Área de choque (Sólo para Hospitales)	<p>Verificar la existencia de un área para choque con iluminación adecuada. tripies, tomas de corriente eléctrica funcionales conectados a planta de emergencia, tarja para lavado de material, biombo o cortina para privacidad, lámpara de chicote, banco de altura; Ventilador mecánico de presión positiva (opcional); toma de oxígeno empotrado o tanque de oxígeno con borboteador y manómetro, toma de aire empotrado con circuito para aspiración o equipo de aspiración portátil; existencia de camilla hidráulica o eléctrica con barandales, bote para RPBI, carro rojo, repisa para monitor de terapia intensiva de tres a cuatro canales, esfigomanómetro, estetoscopio, estuche diagnóstico completo, monitor de signos vitales: SG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxígeno.</p> <p>Evidencia: El espacio deberá contar con el mobiliario y equipo en buen estado y funcionando.</p> <p>Fuente: Observación del supervisor.</p>
1.16	ÁREA DE URGENCIAS (Sólo para Hospitales)	<p>1.16.1 Verificar la existencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Espacio físico con estación de camillas y sillas de ruedas, ubicada junto al pasillo de acceso de ambulancias y vehículos, así como al módulo de recepción y control.</li> <li>✓ Rampas para el acceso de pacientes y acceso para ambulancias.</li> <li>✓ Espacios para observación de pacientes con privacidad y tomas para succión con tubo Tigon y frascos para aspiración con el equipo completo limpio y funcional.</li> <li>✓ Camillas con barandales de protección y colchones ahulados.</li> <li>✓ Circuito eléctrico conectado a planta de emergencia.</li> <li>✓ Planta de emergencia y bitácora de mantenimiento correctivo y preventivo.</li> <li>✓ Tomas de oxígeno empotrado o cilindros con oxígeno y manómetro.</li> <li>✓ Central de enfermería con: Módulo de trabajo con vista hacia todas las camillas , sillas apilables, formatos de papelería diversa, vitrina para resguardo de medicamentos limpia y ordenada, red fría para uso exclusivo de conservación de medicamentos e insumos para la salud, con temperatura de (2 - 8° C), equipo telefónico, bitácora de relevantes del área,</li> </ul>





# Evidencias para los establecimientos residenciales Profesionales/Hospitalarios



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIÓNES

Numeral	Ítem	Evidencia
		<p>circuito de timbres para camas, negatoscopio, censo de control de pacientes(bitácora de ingreso y egreso), carro porta expedientes y carpetas metálicas, lavabo para manos, dispensador de jabón y despachador toallas desechables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitores de constantes vitales: frecuencia cardiaca con trazo electrocardiográfico, frecuencia respiratoria y tensión arterial no invasiva, con brazaletes adulto y pediátrico para tensión arterial, oximetría de pulso y sensor de temperatura.</li> <li>✓ Baumanómetro y estetoscopio biauricular o dos cápsulas. Existencia de estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio.</li> <li>✓ Glucómetro con tiras reactivas y lancetas. Termómetro digital, puritan, mesas puente, mesas pasteur, bancos de altura, tarja para lavado de material, lámparas de chicote, bancos metálicos o sillas apilables, lámpara de emergencia funcional.</li> <li>✓ Botes campana para basura municipal, contenedor rígido para RPBI punzocortante y bolsas rojas para residuos no anatómicos.</li> </ul>
1.17	CARRO DE PARO	<p>Verificar la existencia de Carro de paro con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Primer cajón:            Agua inyectable; Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.; Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.; Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.; Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml. ; Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g); Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml; Dobutamina solución inyectable 250 mg.; Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml.; Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml. ; Midazolam solución inyectable 5 mg / ml.; Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.; Furosemide solución inyectable 20 mg / 2 ml.; Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.; Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría);Hidrocortisona solución inyectable 100 mg; mtilprednisolona solución inyectable 40 mg.; Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml.; Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg.; Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.; Lidocaína solución inyectable al 2%.</li> </ul>





# Evidencias para los establecimientos residenciales Profesionales/Hospitalarios



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Numeral	Ítem	Evidencia
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Segundo cajón: Parches para electrodo (adulto, pediátricos); Catéter venoso central (4-7 fr); · Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr); · Llave de tres vías; sonda de aspiración; Jeringas de 5, 10, 20 ml.; Agujas hipodérmicas; Equipo de venoclísis con microgotero; Equipo de venoclísis con normogotero.</li> <li>✓ Tercer cajón: Cánulas endotraqueales: N° 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm.; · Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto y pediátrico); Lidocaína con atomizador manual al 10%; Cánulas de Guedel: 3, 4, 5; Mango de laringoscopio; Hojas rectas: 0, 1, 2; Hojas curvas: 1, 2, 3, 4; Guantes; Tela adhesiva; Evidencia: material, equipo y medicamento vigente.</li> <li>✓ Cuarto cajón: Bolsa autoinflable para reanimación pediátrica y adulto; · Extensión para oxígeno; Puntas nasales; Monitor-Desfibrilador con paletas para adulto y pediátricas; Tanque de oxígeno; Solución Hartmann inyectable 500 ml.; Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.; Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.; Coloide solución inyectable 500 ml.; Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).</li> <li>✓ Bitácora de control del carro rojo firmada por el responsable de turno.</li> <li>✓ Registro histórico de abastecimiento oportuno del carro rojo.</li> </ul> <p>Verificar la existencia del equipo completo, limpio y funcional</p>
1.19	Existencia de stock de Medicamentos de Urgencias	<p>Verificar la existencia y vigencia de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Para analgesia: ácido acetilsalicílico, tabletas 100 y 500 mg; ketorolaco, solución inyectable 30 mg; 8.2.1.3. metamizol, solución inyectable 500 mg; paracetamol, tabletas 500 mg.</li> <li>✓ Para anestesia: lidocaína simple, solución inyectable al 2%.</li> <li>✓ Para Cardiología: nifedipino, cápsulas 10 mg; trinitrato de glicerilo, cápsulas o tabletas masticables 6.8 mg, captopril tabletas 25 mg.</li> </ul> </li> </ul>





# Evidencias para los establecimientos residenciales Profesionales/Hospitalarios



Numeral	Ítem	Evidencia
		<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Para Enfermedades inmunoalérgicas: Difenhidramina, solución oral; Epinefrina, solución inyectable 1 mg 1:1000/ml; Acetato de metilprednisolona, solución inyectable 40 mg.</li><li>✓ Para Gastroenterología: Butilhioscina, solución inyectable 20 mg.</li><li>✓ Para Intoxicaciones: Flumazenil, solución inyectable 0.5 mg; Naloxona, solución inyectable 0.4 mg.</li><li>✓ Para Nefrología y urología: Espirinolactona, solución inyectable 20 mg.</li><li>✓ Para Neumología: Salbutamol, spray.</li><li>✓ Para Neurología: Diazepan, solución inyectable 10 mg.</li><li>✓ Para Otorrinolaringología: Difenidol, solución inyectable 40 mg; Dimenhidrinato, solución inyectable 50 mg.</li><li>✓ Para Psiquiatría: Haloperidol, solución inyectable 5 mg.</li><li>✓ Soluciones electrolíticas y sustitutos de plasma: Agua bidestilada, solución inyectable 2 ml; Cloruro de sodio, solución al 0.9%; Glucosa, solución al 5%, 10% y 50%; Polimerizado de gelatina, 4 g/100 ml y Solución Hartmann.</li><li>✓ Verificar la existencia de una bitácora para el manejo y control de medicamentos, en la que se especifique la fecha y hora de ministración, medicamento indicado, dosis y presentación, nombre del usuario, número de expediente, nombre y firma de quien indica y de quien ministra.</li></ul>



## Anexo 6. Señalización de los Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco y Emisiones.



### Señalización de los Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco y Emisiones.

Anexo 06

Señalización de los Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco y Emisiones

Salud | CONASAMA

ESPCIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO Y EMISIONES

Está prohibido fumar, consumir o tener encendido cualquier producto de tabaco o nicotina

Nota: TLas imágenes mostradas son sólo para fines ilustrativos y pueden no ser la representación exacta.

**Descarga el formato Aquí**



# Señalización de los Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco y Emisiones



Salud  
Secretaría de Salud



CONASAMA  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES



Nota: Las imágenes mostradas son sólo para fines ilustrativos y pueden no ser la representación exacta.



# Señalización de los Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco y Emisiones



Salud  
Secretaría de Salud

CONASAMA  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

Salud | COFEPRIS | CONASAMA

SECRETARÍA DE SALUD | COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN  
CONTRA RIESGOS SANITARIOS | COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

ESPCIO 100%  
**LIBRE**  
DE HUMO  
DE TABACO  
Y EMISIONES

 Advertencia sobre el incumplimiento de la  
prohibición de fumar en espacios 100% libres  
de humo de tabaco y emisiones

Salud | COFEPRIS | CONASAMA

SECRETARÍA DE SALUD | COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN  
CONTRA RIESGOS SANITARIOS | COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

ESPCIO 100%  
**LIBRE**  
DE HUMO  
DE TABACO  
Y EMISIONES

 Advertencia sobre el incumplimiento de la  
prohibición de fumar en espacios 100% libres  
de humo de tabaco y emisiones

Nota: Las imágenes mostradas son sólo para fines ilustrativos y pueden no ser la representación exacta.



## Anexo 7. Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana.



📖 | Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana.

Anexo 07



**Descarga el formato Aquí**





# GUÍAS ALIMENTARIAS SALUDABLES Y SOSTENIBLES PARA LA POBLACIÓN MEXICANA 2023



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



## Anexo 8. Ejemplo del Certificado de Competencia Laboral: ECO548.



### Ejemplo del Certificado de Competencia Laboral.

Anexo 08



**Descarga el formato Aquí**





## EL CONSEJO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES

Otorga a:

**JAIME ALBERTO ESCOBEDO CANTU**

con Clave Única de Registro de Población:  
EOCJ801224HNLSNM08

Certificado de Competencia Laboral en el Estándar  
de Competencia

### Consejería en Adicciones

Inscrito en el Registro Nacional de Estándares de Competencia con clave: EC0301  
*Publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha: 28 de noviembre de 2012.*  
Vigencia del Certificado hasta el 6 de octubre de 2027.

Organismo Certificador

**ICEMéxico**



El presente se expide en la Ciudad de México, a 6 de octubre de 2023

Rodrigo A. Rojas Navarrete  
Director General del CONOCER



Folio CONOCER: D-0037317823

## Anexo 9. Formato de Entrevista para las personas usuarias de los Establecimientos Residenciales en la Atención de las Adicciones como parte del Proceso de Supervisión.



### Formato de Entrevista para las personas usuarias de los Establecimientos Residenciales en la Atención de las Adicciones como parte del Proceso de Supervisión.

Anexo 09

**Formato de Entrevista para las personas usuarias de los Establecimientos residenciales como parte del proceso de Supervisión.**

**Salud** | **CONASAMA**  
Ministerio de Salud | Consejo Nacional de Salud

Con el objetivo de mejorar la calidad de la atención en el servicio de los establecimientos residenciales de atención a las adicciones, así como en la mejora del proceso, se llevan a cabo entrevistas a las personas usuarias de los servicios. La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora. Esta información será estrictamente confidencial.

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Entidad: \_\_\_\_\_  
 Hora de Inicio: \_\_\_\_\_ Hora de conclusión: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Supervisor: \_\_\_\_\_  
 Nombre Legal del Establecimiento: \_\_\_\_\_

**Tipo de Visita:** Reconocimiento  Ratificación  Diagnóstico de Necesidades (Censo)   
 Seguimiento  Comité Estatal de Supervisión (CES)  Seguimiento de Quejas

**Sexo de la Entrevistada (o)** Mujer  Hombre  Género: Femenino  No Binario  Edad: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Otro

**Pertenece a alguno de los siguientes grupos:** Afrodescendientes  Pueblos Indígenas  Persona migrante  Refugiado  Extrema pobreza  Situación Comunidad de calle  Comunidad LGBTQI+

Edad de inicio de consumo: \_\_\_\_\_ Tiempo de consumo: \_\_\_\_\_

**Ocupación antes de ingresar:** Estudiante de tiempo completo  Estudiante con actividad laboral  Empleo estable más de 6 meses  Empleo con menos de 6 meses   
 Desempleado busca empleo  Desocupado no busca empleo  Hogar  Pensionado   
 No sabe  No responde  Otra: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltera/o  Concubinato Unión libre  Casada/o  Divorciada/o  Separada/o

Droga de Inicio: \_\_\_\_\_ Droga de Impacto: \_\_\_\_\_  
 Internamientos previos: Si  No  Cuántos: \_\_\_\_\_  
 Tipo de ingreso: Voluntario  Voluntario en caso de urgencias  Tiempo de residencia: \_\_\_\_\_

**Descarga el formato Aquí**



# Formato de Entrevista para las personas usuarias de los Establecimientos residenciales como parte del proceso de Supervisión.



Con el objetivo de mejorar la calidad de la atención en el servicio de los establecimientos residenciales de atención a las adicciones, así como en la mejora del proceso, se llevan a cabo entrevistas a las personas usuarias de los servicios.

La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora. Esta información será estrictamente confidencial.

Fecha de la entrevista:  Entidad:

Hora de Inicio:  Hora de conclusión:

Nombre del Supervisor:

Nombre Legal del Establecimiento:

**Tipo de Visita:** Reconocimiento  Ratificación  Diagnóstico de Necesidades (Censo)   
Seguimiento  Comité Estatal de Supervisión (CES)  Seguimiento de Quejas

**Sexo de la Entrevistada (o)** Mujer  Hombre  Género: Femenino  No Binario   
Masculino  Otro  Edad:

**Pertenece a alguno de los siguientes grupos:** Afrodescendientes  Pueblos Indígenas  Persona migrante  Refugiado  Extrema pobreza  Situación de calle  Comunidad LGBTQI+

Edad de inicio de consumo:  Tiempo de consumo:

**Ocupación antes de ingresar:** Estudiante de tiempo completo  Estudiante con actividad laboral  Empleo estable más de 6 meses  Empleo con menos de 6 meses   
Desempleado busca empleo  Desocupado no busca empleo  Hogar  Pensionado   
No sabe  No responde  Otra:

Estado Civil: Soltera/o  Concubinato Unión libre  Casada/o  Divorciada/o  Separada/o

Droga de Inicio:  Droga de Impacto:

Internamientos previos: Si  No  Cuántos:

Tipo de ingreso: Voluntario  Voluntario en caso de urgencias  Tiempo de residencia:



# Formato de Entrevista para las personas usuarias de los Establecimientos residenciales como parte del proceso de Supervisión.



No.	Infraestructura	Si	No	No Sabe	No Aplica	Observaciones
1	¿Duerme de manera individual en cama, colchoneta o similares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	En caso de que haya diferentes grupos de edad (Adultos y adultos mayores) ¿Duerme de acuerdo a su grupo etario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>En caso de centros que atiendan ambos sexos</b>						
3	¿Hombres y mujeres duermen en habitaciones separadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	¿Existen sanitarios para mujeres y hombres, y se usan de manera separada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No.	Alimentación	Si	No	No Sabe	No Aplica	Observaciones
5	¿La alimentación que le ofrecen la considera es higiénica y en buen estado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	¿La alimentación considera que se sirve en cantidades suficientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	¿Considera que la alimentación es variada y apetecible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No.	Trato a su persona	Si	No	No Sabe	No Aplica	Observaciones
8	¿Durante su ingreso, padeció agresiones o violencia contra su persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	¿Ha recibido maltrato al interior del establecimiento? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	En caso de que aplique, ¿Conoce el motivo por el cual realizaron la agresión o violencia contra su persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	¿Quién o quiénes realizó la agresión? Personal del centro ( ) Familia ( ) Policías ( ) Internos ( ) Otro ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	¿Ha sido sometido a restricciones físicas? (Lo han encerrado, esposado, atado u obligado a estar en un lugar no deseado),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1. Golpes, limitación prolongada de movimientos, posturas forzadas, quemaduras, choques eléctricos, asfixia, violencia sexual, puñaladas o heridas de bala, tortura farmacológica con dosis tóxicas de sedantes, intimidad o desnudez forzada, amenazas de ataques por animales, humillaciones, obligado a presentar abusos a otras personas internas en el establecimiento.



**Formato de Entrevista para las personas usuarias de los Establecimientos residenciales como parte del proceso de Supervisión.**



No.	Trato a su persona	Si	No	No Sabe	No Aplica	Observaciones
<b>13</b>	¿Ha tenido conocimiento de que se haya cometido algún delito al interior del establecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>14</b>	¿Le han obligado a realizar algo en contra de su voluntad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>15</b>	¿Le ha atendido el personal médico cuando lo ha necesitado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>16</b>	¿Se le dio a conocer el tratamiento que recibiría en el establecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>17</b>	¿Le han forzado a ayunar sin que usted lo solicite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>18</b>	¿Le han aislado de las demás personas por motivos de castigo (describa la situación)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>19</b>	¿Le han obligado a realizar actividades físicas y/o trabajos forzados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>20</b>	¿Le han maltratado emocional o psicológicamente para "tocar fondo"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>21</b>	¿Ha recibido un trato digno y humano por parte del personal del establecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>22</b>	¿Tiene algún contacto con su familia conforme a lo que establece el reglamento (visitas, llamadas telefónicas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No.	Proceso de la Atención	Si	No	No Sabe	No Aplica	Observaciones
<b>23</b>	Al ingresar al establecimiento ¿Le valoró el personal médico en un plazo no mayor a 48 horas? (especifique el tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**Formato de Entrevista para las personas usuarias de los Establecimientos residenciales como parte del proceso de Supervisión.**



No.	Proceso de la Atención	Si	No	No Sabe	No Aplica	Observaciones
<b>Sólo para personas que ingresaron intoxicadas (reactivos 24-27):</b>						
<b>24</b>	Al momento de su ingreso ¿Requirió de un proceso de desintoxicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>25</b>	¿Se le proporcionó algún servicio para reducir su malestar por dejar de consumir? (describir procedimiento).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>26</b>	¿El servicio de desintoxicación fue proporcionado por personal médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>27</b>	¿El personal (no médico) le proporcionó suero, té con alcohol, alcohol, vitaminas, medicamentos u otros para reducir su malestar por no consumir? Especifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>28</b>	Ingreso voluntario: ¿Durante su ingreso firmó un consentimiento informado para autorizar su estancia en el (centro) establecimiento? Especifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>29</b>	Ingreso voluntario en caso de urgencia. ¿Durante su ingreso, su familiar o representante legal firmó una solicitud de ingreso por condiciones de urgencia para autorizar su estancia en el establecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>30</b>	¿Le realizaron preguntas relativas a su historial de consumo de sustancias?, ejemplos: ¿Con qué droga inició su consumo? ¿qué tipo de droga consumía? ¿con qué frecuencia? ¿Qué afectaciones tuvo en su vida? entre otras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>31</b>	En caso de que usted haya ingresado al establecimiento con una prescripción o un tratamiento médico previo, ¿ha continuado con él dentro del establecimiento?, ¿le han permitido continuar con su tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**Formato de Entrevista para las personas usuarias de los Establecimientos residenciales como parte del proceso de Supervisión.**

No.	Proceso de la Atención	Si	No	No Sabe	No Aplica	Observaciones
<b>32</b>	En caso de haber o estar consumiendo algún medicamento durante su estancia, ¿éste fue prescrito por personal médico, y se registró en un expediente clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>33</b>	¿Le hicieron preguntas relativas a su patrón de consumo? (droga, días de consumo, cantidad, vía de administración, entre otras).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----------	--	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--

No.	Proceso Terapéutico	Si	No	No Sabe	No Aplica	Observaciones
<b>34</b>	¿Le han atendido de manera individual por personal de psicología? Indagar y anotar la frecuencia (semanal, quincenal, la duración de las sesiones} explorar si sólo son grupales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>35</b>	¿Le han atendido de manera individual por personal de consejería (padrinos, madrinas)? Indagar y anotar la frecuencia (semanal, quincenal, la duración de las sesiones) explorar si sólo son grupales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----------	--	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--

No.	Componentes de Tratamiento. En sus sesiones de consejería y/o psicología ha trabajado sobre:	Si	No	No Sabe	No Aplica	Observaciones
<b>36</b>	¿Ha trabajado sobre las motivaciones y consecuencias que ha tenido por el consumo de sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Formato de Entrevista para las personas usuarias de los Establecimientos residenciales como parte del proceso de Supervisión.**

No.	Escala de Satisfacción	1 Muy insatisfecha/o 2 Insatisfecha/o 3 Ni Satisfecha/o (Ni insatisfecha/o) 4 Satisfecha/o 5 Muy satisfecha/o	Observaciones
-----	------------------------	---	---------------

**37**

¿Qué tan satisfecho/a se encuentra con el servicio proporcionado con respecto a \_\_\_\_\_?

Las instalaciones

1  2  3  4  5

La limpieza del establecimiento

1  2  3  4  5

La calidad en la alimentación

1  2  3  4  5

Con el tipo (Modalidad) y duración del tratamiento

1  2  3  4  5

El trato ofrecido por el personal

1  2  3  4  5

Observaciones. - Es indispensable describir cualquier situación, comentario, que le haya compartido la persona entrevistada o bien que usted haya identificado respecto a las actitudes presentadas durante la entrevista.

Observation area with five horizontal lines for text entry.



## Anexo 10. Formato de Entrevista para personal responsable del área médica de los Establecimientos Residenciales.



### Formato de Entrevista para personal responsable del área médica de los Establecimientos Residenciales.

Anexo 10

**Formato de Entrevista para personal responsable del área médica de los Establecimientos Residenciales.**

Con el objetivo de mejorar la calidad en los servicios de los establecimientos residenciales de atención a las adicciones, se llevan a cabo entrevistas al personal responsable del área médica, de acuerdo con lo establecido por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora. Esta información será estrictamente confidencial.

Fecha de la entrevista:  Entidad:   
 Hora de Inicio:  Hora de conclusión:   
 Nombre del Supervisor:   
 Nombre Legal del Establecimiento:  Modelo de atención:

**Tipo de Visita:** Reconocimiento  Ratificación  Diagnóstico de Necesidades (Censo)   
 Seguimiento  Comité Estatal de Supervisión (CES)  Seguimiento de Quejas

Nombre de la persona entrevistada:   
 Profesión:  Cédula profesional:   
 Cargo de la persona Entrevistada:  Antigüedad en el puesto:   
 Tipo de contrato:  Días y horarios laborales:   
 Cargo de la persona superior jerárquica:

No.	Derecho a la protección de la Salud	Si	No	Observaciones
1	¿Cuenta con consultorio exclusivo para la atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2	¿Cuenta con los insumos necesarios: Lavabo con jabón líquido y toallas desechables, botiquín de urgencias, asientos para médico y usuarios, mueble para escribir, mesa de exploración, cestos para bolsa de basura y residuos peligrosos, estetoscopio, báscula con altímetro, termómetro, baumanómetro, toruñero/toallas alcoholizadas o con cloruro de benzalconio, recetario médico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Descarga el formato Aquí**





# Formato de Entrevista para personal responsable del área médica de los Establecimientos Residenciales.



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Con el objetivo de mejorar la calidad en los servicios de los establecimientos residenciales de atención a las adicciones, se llevan a cabo entrevistas al personal responsable del área médica, de acuerdo con lo establecido por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora. Esta información será estrictamente confidencial.

Fecha de la entrevista:

Entidad:

Hora de Inicio:

Hora de conclusión:

Nombre del Supervisor:

Nombre Legal del Establecimiento:  Modelo de atención:

**Tipo de Visita:** Reconocimiento

Ratificación

Diagnóstico de Necesidades (Censo)

Seguimiento

Comité Estatal de Supervisión (CES)

Seguimiento de Quejas

Nombre de la persona entrevistada

Profesión:

Cédula profesional:

Cargo de la persona Entrevistada

Antigüedad en el puesto:

Tipo de contrato:

Días y horarios laborables:

Cargo de la persona superior jerárquica:

No.	Derecho a la protección de la Salud	Si	No	Observaciones
1	¿Cuenta con consultorio exclusivo para la atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2	¿Cuenta con los insumos necesarios: Lavabo con jabón líquido y toallas desechables, botiquín de urgencias, asientos para médico y usuarios, mueble para escribir, mesa de exploración, cestos para bolsa de basura y residuos peligrosos, estetoscopio, báscula con altímetro, termómetro, baumanómetro, torundero/toallas alcoholizadas o con cloruro de benzalconio, recetario médico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>





## Formato de Entrevista para personal responsable del área médica de los Establecimientos Residenciales (S2)



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

No.	Derecho a la protección de la Salud	Si	No	Observaciones
3	¿Cuál es la función del personal responsable del área médica, al interior de las instalaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	¿Recibe capacitación/actualización en el tema de adicciones por lo menos 1 vez al año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	¿Cuándo fue la última vez que recibió la capacitación/actualización y sobre qué temática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	¿Se realiza una valoración médica al ingreso de las personas usuarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	¿Se realiza algún tipo de estudio para corroborar el consumo de sustancias (antidoping)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	¿Se suministran psicofármacos como parte del tratamiento a la población usuaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	En caso de enfermedades subyacentes se permite la administración de medicamentos (Diabetes, hipertensión, otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	¿Cuenta con un protocolo de solicitud para la consulta médica de la persona usuaria? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	¿Considera suficiente al personal adscrito del área médica para atender las necesidades del centro? ¿por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No.	Intervención del personal médico durante el tratamiento	Si	No	Observaciones
12	¿Tiene alguna intervención en el tratamiento residencial de la población usuaria? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	¿Se cuenta con una fase de desintoxicación en el centro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	¿Se brinda tratamiento sustitutivo? (proporciona medicamentos para adicciones específicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	En el caso de personas internadas, que presentan conductas agresivas, ya sea verbal, física o por otra razón, ¿les suministran algún medicamento para "tranquilizarles", como: sedantes, benzodiazepinas, antipsicóticos u algún otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





# Formato de Entrevista para personal responsable del área médica de los Establecimientos Residenciales (S2)



No.	Derecho a la protección de la Salud	Si	No	Observaciones
<b>16</b>	Le han solicitado realizar alguna acción en contra de su práctica médica? ¿cuáles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>17</b>	¿Los usuarios reciben tratamiento específico especializado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>18</b>	¿Cada cuánto son valorados en el servicio médico de la institución?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>19</b>	¿Cada cuánto son valorados por servicios fuera de la institución?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No.	Personas con algún trastorno mental	Si	No	Observaciones
<b>20</b>	¿Se acepta el ingreso de personas con algún trastorno mental (Depresión, Trastorno de ansiedad, Psicosis, Trastorno bipolar, Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo, Trastorno dual)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>21</b>	¿Cuentan con atención médica especializada (psiquiátrica)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>22</b>	¿Se proporciona a la población su medicación prescrita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No.	Personas pertenecientes a la Diversidad sexual	Si	No	Observaciones
<b>23</b>	¿Se acepta el ingreso de personas de la Comunidad de la Diversidad Sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>24</b>	¿Se destina un área especial para ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>25</b>	Se proporciona a las personas usuarias medicamentos de alguna índole? Describa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Identificación de prácticas violatorias a los Derechos Humanos				
<b>26</b>	Cuando la persona se niega a la valoración médica ¿Qué protocolo realizan?			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			



**Identificación de prácticas violatorias a los Derechos Humanos**

**27** En caso de que una persona usuaria, no pudiera permanecer en las instalaciones por motivos de salud ¿Qué protocolo de acción realizan?

---

---

---

**28** ¿Cuáles son los métodos de contención física o farmacológica que realiza la institución? Describa:

---

---

---

**29** ¿Qué hace o haría si una persona le informa de algún maltrato por alguna autoridad, compañero/a del centro?

---

---

---

**Observaciones.** - Es indispensable describir cualquier situación o comentario, que le haya compartido la persona entrevistada, o bien que usted haya identificado respecto a las actitudes de la misma.

---

---

---



## Anexo 11. Prácticas violatorias a los derechos humanos intolerables en los centros residenciales.



### Prácticas violatorias a los derechos humanos intolerables en los establecimientos residenciales de atención a las adicciones.

# Anexo 11

#### Prácticas violatorias a los derechos humanos intolerables en los centros residenciales



En las visitas de Supervisión Federales a establecimientos residenciales de atención a las adicciones se ha identificado la presencia de prácticas no apegadas a los derechos humanos. Éstas se refieren a conductas del personal que labora en el establecimiento, pudiendo ser personal profesional o de consejería-apadrinamiento-amadrinamiento dirigidas hacia las personas usuarias de los servicios que van en detrimento de los derechos humanos, ya sea por acción u omisión, que suelen producir un daño y pueden evitarse.

Se han identificado principalmente las de violencia física (golpes, rasguños, mordidas, castigos o "aplicaciones", duchas frías y más), violencia emocional o psicológica (humillaciones, insultos, groserías, intimidaciones, entre otras), violencia sexual, traslados involuntarios sin que se requiera una atención de urgencia o represente un peligro grave inminente para la persona o bien ser llevados a establecimientos que no cumplan con el modelo de atención e infraestructura adecuadas, ingresos involuntarios, estancias forzadas y en contra de la voluntad de las personas, implementación de procedimientos de desintoxicación por personal no profesional, privación ilegal de la libertad, sujeción mecánica sin protocolos y sin justificación médica.

En este sentido, existen diversas prácticas que pueden llegar a configurarse como un delito.

Es importante señalar que, de conformidad con el artículo 222 del Código Nacional de Procedimientos penales, toda persona a quien le conste que se ha cometido un hecho probablemente constitutivo de un delito está obligada a denunciarlo ante el Ministerio Público y en caso de urgencia ante cualquier agente de la Policía. De igual manera, quien tenga el deber jurídico de denunciar y no lo haga, será acreedor a sanciones que van desde multas hasta penas privativas de la libertad.

A continuación se enlistan y definen cada una de las prácticas identificadas que atentan contra los derechos humanos de las personas usuarias en los establecimientos residenciales de atención a las adicciones:

**Asociaciones delictuosas:** Al que forme parte de una asociación o banda de tres o más personas con propósito de delinquir. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2009).

**Estadía forzada y en contra de la voluntad:** Mantener a la persona en contra de su voluntad dentro del establecimiento residencial para la atención de las adicciones sin importar que exista el consentimiento informado de algún familiar

**Inatención a la salud:** Falta de valoración médica durante las 48 horas posteriores a su ingreso, así como la falta de atención cuando existe una enfermedad previa o durante su permanencia en el establecimiento de la persona usuaria (Toda atención debe ser registrada en el expediente clínico con base a la NOM-004-SSA3-2012.

**Descarga el formato Aquí**



# Prácticas violatorias a los derechos humanos intolerables en los establecimientos residenciales de atención a las adicciones

En las visitas de Supervisión Federales a establecimientos residenciales de atención a las adicciones se ha identificado la presencia de prácticas no apegadas a los derechos humanos. Éstas se refieren a conductas del personal que labora en el establecimiento, pudiendo ser personal profesional o de consejería-apadrinamiento-amadrinamiento dirigidas hacia las personas usuarias de los servicios que van en detrimento de los derechos humanos, ya sea por acción u omisión, que suelen producir un daño y pueden evitarse.

Se han identificado principalmente las de violencia física (golpes, rasguños, mordidas, castigos o “aplicaciones”, duchas frías y más), violencia emocional o psicológica (humillaciones, insultos, groserías, intimidaciones, entre otras), violencia sexual, traslados involuntarios sin que se requiera una atención de urgencia o represente un peligro grave inminente para la persona o bien ser llevados a establecimientos que no cumplan con el modelo de atención e infraestructura adecuadas, ingresos involuntarios, estadías forzadas y en contra de la voluntad de las personas, implementación de procedimientos de desintoxicación por personal no profesional, privación ilegal de la libertad, sujeción mecánica sin protocolos y sin justificación médica.

En este sentido, existen diversas practicas que pueden llegar a configurarse como un delito.

Es importante señalar que, de conformidad con el artículo 222 del Código Nacional de Procedimientos penales, toda persona a quien le conste que se ha cometido un hecho probablemente constitutivo de un delito está obligada a denunciarlo ante el Ministerio Público y en caso de urgencia ante cualquier agente de la Policía. De igual manera, quien tenga el deber jurídico de denunciar y no lo haga, será acreedor a sanciones que van desde multas hasta penas privativas de la libertad.

A continuación se enlistan y definen cada una de las prácticas identificadas que atentan contra los derechos humanos de las personas usuarias en los estabelcimientos residenciales de atención a las adicciones:

**Asociaciones delictuosas:** Al que forme parte de una asociación o banda de tres o más personas con propósito de delinquir. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2009).

**Estadía forzada y en contra de la voluntad:** Mantener a la persona en contra de su voluntad dentro del establecimiento residencial para la atención de las adicciones sin importar que exista el consentimiento informado de algún familiar

**Inatención a la salud:** Falta de valoración médica durante las 48 horas posteriores a su ingreso, así como la falta de atención cuando existe una enfermedad previa o durante su permanencia en el establecimiento de la persona usuaria (Toda atención debe ser registrada en el expediente clínico con base a la NOM-004-SSA3-2012.



# Prácticas violatorias a los derechos humanos intolerables en los establecimientos residenciales de atención a las adicciones

**Ingreso voluntario en caso de urgencia:** Este sucede cuando la persona usuaria está impedida para solicitar el internamiento por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente, y es solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio, siempre que exista la intervención de un médico calificado que determine la existencia de una adicción que pone en peligro grave o inmediato a la persona y a su contexto. La decisión de internar a alguien deberá ser notificada a su representante, así como a la autoridad judicial. El internamiento voluntario por condición de urgencia será revisado por la autoridad judicial a petición de la persona internada o de su representante. La resolución de la autoridad judicial deberá estar fundada en un dictamen pericial y, en caso de que se resuelva la terminación del internamiento, deberá establecer un plazo para que se ejecute la misma. En todo caso, durante dicho procedimiento deberá garantizarse la defensa de los intereses de la persona internada (Ley general de salud, 2022).

**Trabajo forzado:** es todo trabajo o servicio exigido a una persona bajo la amenaza de una pena cualquiera y para el cual ésta no se ofrece voluntariamente (Mini guía de acción. Trabajo Forzoso, 2008).

**Traslados involuntarios sin urgencia médica:** son aquellos que no son solicitados por la persona usuaria, ni requeridos por personal médico y no se realizaron bajo protocolos de urgencia médica por una ambulancia.

**Violencia:** es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (Organización Mundial de la Salud, 2022).

**Violencia física:** se refiere a todo acto intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro (Congreso de la Ciudad de México, 2020).

**Violencia psicoemocional:** A toda acción u omisión que puede consistir en prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, insultos, amenazas, celotipia, desdén, indiferencia, descuido reiterado, chantaje, humillaciones, comparaciones destructivas, abandono o actitudes devaluatorias, entre otras, que provoquen en quien las recibe alteración autocognitiva y autovalorativa que integran su autoestima o alteraciones en alguna esfera o área de la estructura psíquica de la persona (Congreso de la Ciudad de México, 2020).

**Violencia Patrimonial:** A todo acto u omisión que ocasiona daño ya sea de manera directa o indirecta, a los bienes muebles o inmuebles, en menoscabo de su patrimonio; también puede consistir en la perturbación a la posesión, a la propiedad, la sustracción, destrucción, menoscabo, desaparición, ocultamiento o retención de objetos, documentos personales, bienes o valores, derechos patrimoniales o recursos económicos (Congreso de la Ciudad de México, 2020).

**Violencia Sexual:** A toda acción u omisión que amenaza, pone en riesgo o lesiona la libertad, seguridad, integridad y desarrollo psicosexual de cualquier persona (Congreso de la Ciudad de México, 2020).

Asimismo, se refiere a los actos u omisiones y cuyas formas de expresión pueden ser: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor; practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen un daño (Código Civil para la CDMX, 2015).



# Prácticas violatorias a los derechos humanos intolerables en los establecimientos residenciales de atención a las adicciones

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto.

**Violencia contra los derechos reproductivos:** A toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto en los ordenamientos relativos para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia (Congreso de la Ciudad de México, 2020).

**Proceso de desintoxicación por personal no médico:** Se refiere a la administración de fármacos, sustancias psicoactivas, infusiones de té con alcohol u otras sustancias que se utilizan para la disminución de síntomas de abstinencia, pero que carecen de evidencia científica y no son administrados por personal médico, además de que no existe un protocolo clínico con validación científica para llevar a cabo la desintoxicación.

**Privación de la libertad personal:** Al particular que prive a otro de su libertad, sin el propósito de obtener un lucro, causar un daño o perjuicio a la persona privada de su libertad o a cualquier otra (Congreso de la Ciudad de México, 2020).

Si la privación de la libertad excede de veinticuatro horas, la pena de prisión se incrementará un mes por cada día.

Si el agente espontáneamente libera a la víctima dentro de las veinticuatro horas siguientes al de la privación de la libertad, la pena de prisión será de la mitad de la prevista. La pena de prisión se aumentará en una mitad, cuando la privación de la libertad se realice con violencia, la víctima sea menor de edad o mayor de sesenta años o por cualquier circunstancia, la víctima esté en situación de inferioridad física o mental respecto del agente.

**Sujeción mecánica o física sin justificación clínica o médica:** Dicha práctica es un método extraordinario que, según las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a salud mental, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan utilizarse para otros medios terapéuticos (Protocolo de Contención Mecánica, 2017)

**Secuestro:** Al que prive de la libertad a otro con el propósito de obtener rescate, algún beneficio económico, causar daño o perjuicio a la persona privada de la libertad o a cualquiera otra (Congreso de la Ciudad de México, 2020).

**Tortura:** Comete el delito de tortura el particular que con la autorización, el apoyo o la aquiescencia de un Servidor Público, cause dolor o sufrimiento físico o psíquico a una persona; cometa una conducta que sea tendente o capaz de disminuir o anular la personalidad de la Víctima o su capacidad física o psicológica, aunque no le cause dolor o sufrimiento, o realice procedimientos médicos o científicos en una persona sin su consentimiento o sin el consentimiento de quien legalmente pudiera otorgarlo (Ley General para Prevenir, 2017).



## Anexo 12. Reporte de Áreas de Oportunidad.



### Reporte de Áreas de Oportunidad.

Anexo 12

**Reporte de áreas de oportunidad**  
Establecimientos Residenciales  
de atención a las adicciones.

Salud  
Secretaría de Salud

CONASAMA  
Comité Estatal de Supervisión

**Tipo de Visita:** Reconocimiento  Ratificación  Diagnóstico de Necesidades (Censo)   
Seguimiento  Comité Estatal de Supervisión (CES)  Seguimiento de Quejas

Fecha de la entrevista:  Entidad:   
Hora de Inicio:  Hora de conclusión:   
Modelo de atención:  ID Establecimiento (asignado por CONASAMA):   
Nombre del Supervisor:   
Nombre Legal del Establecimiento:

**I. DENTIFICACIÓN**  
Numerales con incumplimiento:

**II. CARACTERÍSTICAS**  
Numerales con incumplimiento:

Descarga el formato Aquí



# Reporte de áreas de oportunidad Establecimientos Residenciales de atención a las adicciones.



**Tipo de Visita:** Reconocimiento  Ratificación  Diagnóstico de Necesidades (Censo)   
Seguimiento  Comité Estatal de Supervisión (CES)  Seguimiento de Quejas

Fecha del reporte:  Entidad:

Hora de Inicio:  Hora de conclusión:

Modelo de atención:  ID Establecimiento (asignado por CONASAMA):

Nombre del Supervisor:

Nombre Legal del Establecimiento:

## I. DENTIFICACIÓN

### Numerales con incumplimiento:


## II. CARACTERÍSTICAS

### Numerales con incumplimiento:




# Reporte de áreas de oportunidad Establecimientos Residenciales de atención a las adicciones.



## 1. INFRAESTRUCTURA

**Numerales con incumplimiento:**


## 2. SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN

**Numerales con incumplimiento:**


## 3. ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

**Numerales con incumplimiento:**


## 4. RECURSOS HUMANOS

**Numerales con incumplimiento:**




# Reporte de áreas de oportunidad Establecimientos Residenciales de atención a las adicciones.



## 5. PROCESO DE ATENCIÓN

**Numerales con incumplimiento:**

---

---

---

---

## 6. SATISFACCIÓN DE LA PERSONA USUARIA

**Numerales con incumplimiento:**

---

---

---

---

## FIRMAS

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL  
RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO**

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL  
REPRESENTANTE DE LA COMISIÓN ESTATAL  
DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES**

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL  
SUPERVISOR 1**

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL  
SUPERVISOR 2**



## Anexo 13. Código de ética del personal supervisor.



### 📄 | Código de ética del personal supervisor.

Anexo 13

#### 📄 | Código de ética del personal supervisor estatal



#### Código de Ética del personal Supervisor

Los códigos de ética permiten conducir a las organizaciones públicas o privadas de acuerdo a los principios, valores, misión y visión que se estén planteando.

Por lo que es muy recomendable que toda organización cuente y difunda los principios y el código de ética entre los miembros de la organización para dar un mayor nivel de legitimidad, cohesión, sentido de pertenencia y se busquen como objetivos el logro mismo de esos principios y valores.

El propósito de este código de ética es promover un comportamiento basado en valores éticos en la supervisión que se lleva a cabo para el Proceso de Reconocimiento de Establecimientos Residenciales de Tratamiento de las Adicciones.

La supervisión propuesta, es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

Es necesario y apropiado contar con un código de ética para un proceso de supervisión, ya que éste se basa en la confianza que se imparte a su aseguramiento objetivo sobre la gestión de riesgos, control y dirección.

Este código incluye dos componentes esenciales:

1. Principios que son relevantes para la práctica de la supervisión.
2. Reglas de conducta que describen las normas de comportamiento que se espera sean observadas por el personal supervisor.

Estas reglas son una ayuda para interpretar los principios en aplicaciones prácticas. Su intención es guiar la conducta ética del personal supervisor. El código de ética junto al marco para la práctica profesional, emitidos por la CONASAMA proveen orientación a los supervisores para servir a los demás en este programa de reconocimiento de establecimientos residenciales que brindan tratamiento de las adicciones en México.

**Descarga el formato Aquí**



## Código de Ética del personal Supervisor

Los códigos de ética permiten conducir a las organizaciones públicas o privadas de acuerdo a los principios, valores, misión y visión que se estén planteando.

Por lo que es muy recomendable que toda organización cuente y difunda los principios y el código de ética entre los miembros de la organización para dar un mayor nivel de legitimidad, cohesión, sentido de pertenencia y se busquen como objetivos el logro mismo de esos principios y valores.

El propósito de este código de ética es promover un comportamiento basado en valores éticos en la supervisión que se lleva a cabo para el Proceso de Reconocimiento de Establecimientos Residenciales de Tratamiento de las Adicciones.

La supervisión propuesta, es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

Es necesario y apropiado contar con un código de ética para un proceso de supervisión, ya que éste se basa en la confianza que se imparte a su aseguramiento objetivo sobre la gestión de riesgos, control y dirección.

Este código incluye dos componentes esenciales:

1. Principios que son relevantes para la práctica de la supervisión.
2. Reglas de conducta que describen las normas de comportamiento que se espera sean observadas por el personal supervisor.

Estas reglas son una ayuda para interpretar los principios en aplicaciones prácticas. Su intención es guiar la conducta ética del personal supervisor. El código de ética junto al marco para la práctica profesional, emitidos por la CONASAMA proveen orientación a los supervisores para servir a los demás en este programa de reconocimiento de establecimientos residenciales que brindan atención a las adicciones en México.



## APLICACIÓN Y CUMPLIMIENTO

Este código de ética se aplica al Proceso de Reconocimiento de Establecimientos Residenciales de Tratamiento de las Adicciones. El incumplimiento del código será evaluado y administrado de conformidad con los estatutos y reglamentos administrativos de la CONASAMA.

El hecho de que una conducta particular no se halle contenida en las reglas de este código, no impide que ésta sea considerada inaceptable o como un descrédito y, en consecuencia, puede hacer que se someta a acción disciplinaria al personal supervisor.

## PRINCIPIOS

Se espera que el personal supervisor aplique y cumpla los siguientes principios:

**Integridad.** Establece confianza y consiguientemente provee la base para confiar en su juicio.

**Objetividad.** Exhiben el más alto nivel de objetividad profesional al reunir, evaluar y comunicar información sobre la actividad o proceso a ser examinado. Hacer una supervisión equilibrada de todas las circunstancias relevantes y formar sus juicios sin dejarse influir indebidamente por sus propios intereses o por otras personas.

**Confidencialidad.** Respetan el valor y la propiedad de la información que reciben y no divulgan información sin la debida autorización a menos que exista una obligación legal o profesional para hacerlo.

**Competencia.** Aplican el conocimiento, aptitudes y experiencia necesarios al desempeñar los servicios de supervisión.

## REGLAS DE CONDUCTA

### 1. Integridad.

- 1.1 Desempeñarán su trabajo con honestidad, diligencia y responsabilidad.
- 1.2 Respetarán las leyes y divulgarán lo que corresponda de acuerdo con la ley y la profesión.
- 1.3 No participarán a sabiendas de una actividad ilegal o de actos que vayan en detrimento de la profesión del personal supervisor de la CONASAMA.
- 1.4 Respetarán y contribuirán a los objetivos legítimos y éticos de la CONASAMA.



## 2. Objetividad.

2.1 No participarán en ninguna actividad o relación que pueda perjudicar directa o indirectamente la supervisión imparcial. Esta participación incluye aquellas actividades o relaciones que puedan estar en conflicto con los intereses de la CONASAMA.

2.2 No aceptarán nada que pueda perjudicar directa o indirectamente su juicio profesional.

2.3 Divulgarán todos los hechos materiales que conozcan y que, de no ser divulgados, pudieran distorsionar el informe de las actividades sometidas a revisión.

## 3. Confidencialidad.

3.1 Serán prudentes en el uso y protección de la información adquirida en el transcurso de su trabajo.

3.2 No utilizarán información para lucro personal o de alguna manera que fuera contraria a la ley o en detrimento de los objetivos legítimos y éticos de la CONASAMA.

## 4. Competencia.

4.1 Participarán sólo en aquellos servicios para los cuales tengan los suficientes conocimientos, aptitudes y experiencia. Desempeñarán todos los servicios de supervisión de acuerdo a las normas para la práctica profesional de la figura del supervisor.

Mejorarán continuamente sus habilidades, la efectividad y calidad de sus servicios.

## REGLAMENTO DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN

Con el propósito de cumplir cabalmente con el proceso de supervisión el equipo supervisor cumplirá el siguiente reglamento:

- 1) La supervisión la realizará el equipo autorizado por CONASAMA.
- 2) Deben cumplir puntualmente los horarios asignados para transportación, alimentación y realización de actividades, cualquier ajuste a este horario deberá notificarlo y será autorizado por la Subdirección de Área a cargo de este Programa.
- 3) En cada una de las visitas a los establecimientos, necesitan portar en un lugar visible el gafete oficial emitido por CONASAMA.



- 4) Procurarán el uso de vestimenta que refleja una imagen de seriedad y formalidad.
- 5) Asistirán puntualmente en el horario acordado al establecimiento.
- 6) Asistirán con el material necesario para realizar la supervisión al establecimiento.
- 7) Mantendrán confidencialidad de los datos recabados en el establecimiento; evitarán cualquier comentario de ese establecimiento o de las visitas efectuadas con anterioridad a otros establecimientos.
- 8) Establecerán un trato cordial, de respeto y profesional con el personal, las personas usuarias del establecimiento y los demás participantes del equipo supervisor. Evitando en todo momento comentarios de juicio, prejuicio, personales y/o dictaminación sin la autorización de la CONASAMA.
- 9) Realizarán la aplicación de la cédula y las actividades asignadas en el establecimiento de acuerdo a las indicaciones recibidas en la capacitación de manera óptima.
- 10) No podrán recibir ningún tipo de obsequio, compensación económica, por parte del personal y personas usuarias del establecimiento.
- 11) Favorecerán la integración, apoyo y comunicación grupal durante todo el proceso de supervisión para el óptimo desempeño del equipo.
- 12) Resguardarán el material de aplicación de la cédula perteneciente a CONASAMA, evitando cualquier pérdida, derrame de líquidos, rasgaduras.
- 13) Evitarán cualquier conducta de involucramiento con las personas usuarias y/o personal del establecimiento: intercambiar teléfonos, regalar objetos, etc.
- 14) No podrán extraer información o documentación no contemplados en los criterios de aplicación de la cédula de supervisión.
- 15) Cumplirán con el compromiso de completar el llenado correcto e inmediato de los datos recabados durante la aplicación de la cédula a cada uno de los establecimientos asignados.



16) Cumplirán con el compromiso de completar el vaciado correcto de los datos recabados durante la aplicación de la cédula en la versión de Excel y entregarla a CONASAMA.

17) Procurarán su seguridad al evitar exponerse con situaciones de riesgo como, por ejemplo: salidas nocturnas en estados con altos niveles de inseguridad, alejarse del grupo, no seguir indicaciones del coordinador, no reportar cualquier incidente y realizar cualquier actividad no contempladas en la Ruta crítica, ajena al proceso de Supervisión, y que no estén notificadas y autorizadas por la CONASAMA.

18) No podrán ofrecer servicios de asesoría de manera particular.

En caso de incumplimiento de alguno de los puntos anteriormente establecidos se informará al proveedor del servicio con la finalidad de resolver la controversia y se tomará una determinación entre CONASAMA y el proveedor.

**Acepto los términos del presente Código de ética y Reglamento**  
**Nombre y firma del Supervisor/a**  
**Lugar y fecha**



## Anexo 14. Formato de Nota Informativa.



### Formato de Nota Informativa.

# Anexo 14

**Nota Informativa**

Nombre del Estado, a 19 de marzo de 2025.

**Para:** Nombre completo  
Colocar el cargo o puesto

**De:** Nombre completo  
Colocar el cargo o puesto

**Nombre del Establecimiento:** Colocar Nombre completo del establecimiento

**Modelo de atención:** Colocar el modelo de atención

**Dirección:** Colocar la dirección completa

**Asunto:** Colocar una descripción breve del asunto

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem vel eum iriure dolor in hendrerit in vulputate velit esse molestie consequat, vel illum dolore eu feugiat nulla facilisis at vero eros et accumsan et iusto odio dignissim qui blandit praesent luptatum zzril delenit augue duiis dolore te feugait nulla facilisi.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem vel eum iriure dolor in hendrerit in vulputate velit esse molestie consequat, vel illum dolore eu feugiat nulla facilisis at vero eros et accumsan et iusto odio dignissim qui blandit praesent luptatum zzril delenit augue duiis dolore te feugait nulla facilisi.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat.

**Atentamente**

Nombre completo

**Descarga el formato Aquí**



# Nota Informativa

Nombre del Estado, a 19 de marzo de 2025.

**Para:** Nombre completo  
Colocar el cargo o puesto

**De:** Nombre completo  
Colocar el cargo o puesto

**Nombre del Establecimiento:** Colocar Nombre completo del establecimiento

**Modelo de atención:** Colocar el modelo de atención

**Dirección:** Colocar la dirección completa

**Asunto:** Colocar una descripción breve del asunto

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem vel eum iriure dolor in hendrerit in vulputate velit esse molestie consequat, vel illum dolore eu feugiat nulla facilisis at vero eros et accumsan et iusto odio dignissim qui blandit praesent luptatum zzril delenit augue duis dolore te feugait nulla facilisi.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem vel eum iriure dolor in hendrerit in vulputate velit esse molestie consequat, vel illum dolore eu feugiat nulla facilisis at vero eros et accumsan et iusto odio dignissim qui blandit praesent luptatum zzril delenit augue duis dolore te feugait nulla facilisi.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat.

**Atentamente**

Nombre completo



## Anexo 15. Evaluación del desempeño del equipo supervisor por el director/a del establecimiento.



### Evaluación del desempeño del equipo supervisor por el director/a del establecimiento.

Anexo 15

**Evaluación del desempeño del equipo supervisor por el Director/a del Establecimiento**

**Salud**  
Ministerio de Salud

**CONASAMA**  
Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones

Con el propósito de mejorar la calidad del Proceso de Supervisión de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones que realizan las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones, bajo los lineamientos propuestos por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), se llevará a cabo la evaluación del proceso mencionado. Por ello, le pedimos atentamente que conteste este cuestionario para conocer su opinión respecto al desempeño de equipo de supervisión que valoró el establecimiento residencial, a su digno cargo.

La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora. Esta información será estrictamente confidencial.

Por favor entregue al supervisor/a de la CONASAMA este formato debidamente llenado por ambos lados, firmado, en sobre cerrado, con firma y/o sello para evitar su alteración.

Nombre Legal del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Entidad: \_\_\_\_\_

Lea cuidadosamente cada uno de los puntos y coloque una X en el cumplimiento que usted considere corresponde a la actuación durante la visita del equipo de supervisión, bajo la siguiente escala.

ITEM	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió Parcialmente	No Cumplió	Observaciones
1. Interacción	1.1 El equipo supervisor se identificó con galero de la CONASAMA y se presentó a las autoridades del centro.				
	1.2 Los integrantes del equipo se condujeron con respeto hacia todo el personal y usuarios del centro.				
	1.3 La actitud del equipo de supervisión fue asertiva, adecuada, clara y no intrusiva durante la visita.				
2. Organización	2.1 El equipo supervisor presentó el plan de trabajo, explicando las actividades a realizar, así como el tiempo estimado para su realización.				
	2.2 En caso de presentarse modificaciones al plan de trabajo, el equipo le informó al respecto.				
	2.3 Se realizó la reunión de cierre/clausura.				
3. Desarrollo	3.1 ¿El equipo de supervisión mostró una imagen cordial, atenta a la respuesta de inquietudes y con un manejo ético?				
	3.2 ¿El equipo de supervisión extrajo alguna información en físico o electrónico, ajena a la evidencia requerida? Excepción: las fotografías de evidencia solicitadas en la carta de presentación y consentimiento informado.				
	3.3 ¿Se le hizo entrega del reporte de áreas de oportunidad sobre la supervisión?				
	3.4 Previo a la visita de supervisión, ¿Conoció usted a algún miembro del equipo supervisor FEDERAL de la CONASAMA? En caso afirmativo especificar de dónde.				

**Descarga el formato Aquí**



# Evaluación del desempeño del equipo supervisor por el Director/a del Establecimiento



Con el propósito de mejorar la calidad del Proceso de Supervisión de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones que realizan las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones, bajo los lineamientos propuestos por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), se llevará a cabo la evaluación del proceso mencionado. Por ello, le pedimos atentamente que conteste este cuestionario para conocer su opinión respecto al desempeño de equipo de supervisión que valoró el establecimiento residencial, a su digno cargo.

La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora. Esta información será estrictamente confidencial.

Por favor entregue al supervisor/a de la CONASAMA este formato debidamente llenado por ambos lados, firmado, en sobre cerrado, con firma y/o sello para evitar su alteración

Nombre Legal del Establecimiento:

Fecha:

Entidad:

Lea cuidadosamente cada uno de los puntos y coloque una X en el cumplimiento que usted considere corresponde a la actuación durante la vista del equipo de supervisión, bajo la siguiente escala.

ITEM	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió Parcialmente	No Cumplió	Observaciones
1. Interacción	1.1 El equipo supervisor se identificó con gafete de la CONASAMA y se presentó a las autoridades del centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.2 Los integrantes del equipo se condujeron con respeto hacia todo el personal y usuarios del centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.3 La actitud del equipo de supervisión fue asertiva, adecuada, clara y no intrusiva durante la visita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Organización	2.1 El equipo supervisor presentó el plan de trabajo, explicando las actividades a realizar, así como el tiempo estimado para su realización.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.2 En caso de presentarse modificaciones al plan de trabajo, el equipo le informó al respecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.3 Se realizó la reunión de cierre/clausura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Desarrollo	3.1 ¿El equipo de supervisión mostró una imagen cordial, atenta a la respuesta de inquietudes y con un manejo ético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.2 ¿El equipo de supervisión extrajo alguna información en físico o electrónico, ajena a la evidencia requerida? Excepto las fotografías de evidencia solicitadas en la carta de presentación y consentimiento informado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.3 ¿Se le hizo entrega del reporte de áreas de oportunidad sobre la supervisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.4 Previo a la visita de supervisión, ¿Conocía usted a algún miembro del equipo supervisor FEDERAL de la CONASAMA? En caso afirmativo especificar de dónde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



# Evaluación del desempeño del equipo supervisor por el Director/a del Establecimiento



Salud  
Secretaría de Salud



CONASAMA  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

OBSERVACIONES (en este apartado podrá escribir, si existe, alguna inconformidad con respecto a evidencia que haya mostrado y que el equipo supervisor no tomó como válida para su calificación, le solicitamos atentamente sea lo más descriptivo posible)

A cambio de alguna compensación (dinero, obsequios, trabajo u otros); el equipo supervisor le ofreció:

ITEM	Elementos a evaluar	Si	No	En caso afirmativo, describa detalladamente
4. Integridad, ética y profesionalismo	4.1 Cambiar algún criterio de la cédula de supervisión			
	4.2 Favorecerlo en la obtención del reconocimiento			
	4.3 Brindarle capacitación			
	4.4 Mantenerlo informado sobre el proceso de dictaminación			

OBSERVACIONES GENERALES: Aquí podrá escribir algún aspecto o comentario que no le hayamos preguntado y considere es relevante.

Nombre:

Cargo:

Firma



## Anexo 16. Reporte General de Observaciones del Equipo Supervisor.



### Reporte General de Observaciones del Equipo Supervisor.

Anexo 16

Reporte General de Observaciones del Equipo Supervisor

Salud CONASAMA

REPORTE GENERAL DE OBSERVACIONES DEL EQUIPO SUPERVISOR

Fecha:  ID-U

Nombre del Establecimiento:

Reconocimiento CONASAMA:

Nombre de Supervisores: 1.   
2.

Instrucciones: Este formato debe ser llenado en conjunto por el equipo supervisor, el mismo día en que es realizada la supervisión in situ. Anoten en cada sección las impresiones cualitativas y relevantes que hayan percibido durante la supervisión al establecimiento; es importante que se apoyen de las observaciones plasmadas en la cédula de supervisión, el reporte de áreas de oportunidad, las entrevistas a los usuarios y lo detectado durante el recorrido por las instalaciones.

1. Ubicación geográfica del establecimiento (especificar puntos de referencia, vialidades, si es o no de fácil acceso).

Descarga el formato Aquí





# Reporte General de Observaciones del Equipo Supervisor



## REPORTE GENERAL DE OBSERVACIONES DEL EQUIPO SUPERVISOR

<b>Fecha:</b>		<b>ID-U</b>	
<b>Nombre del Establecimiento:</b>			
<b>Reconocimiento CONASAMA:</b>			
<b>Nombre de Supervisores</b>	1.		
	2.		

Instrucciones: Este formato debe ser llenado en conjunto por el equipo supervisor, el mismo día en que es realizada la supervisión in situ. Anoten en cada sección las impresiones cualitativas y relevantes que hayan percibido durante la supervisión al establecimiento; es importante que se apoyen de las observaciones plasmadas en la cédula de supervisión, el reporte de áreas de oportunidad, las entrevistas a los usuarios y lo detectado durante el recorrido por las instalaciones.

1. Ubicación geográfica del establecimiento (especificar puntos de referencia, vialidades, si es o no de fácil acceso).

--





# Reporte General de Observaciones del Equipo Supervisor



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIÓNES

2. Infraestructura (condición física general, si hacen uso de candados, rejas, cadenas, jaulas, etc., independientemente de la seguridad del establecimiento).

3. Alimentación (higiene, cantidad y aspecto de los alimentos).





# Reporte General de Observaciones del Equipo Supervisor



Salud  
Secretaría de Salud



CONASAMA  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

4. Recursos Humanos (actitud del director/responsable y personal del establecimiento).

5. Proceso de atención (valoración médica no mayor a las 48 hrs., ingresos voluntarios en caso de urgencia y/o usuarios intoxicados y trasladados).

6. Personas usuarias (aspecto físico, condición anímica, percepción/satisfacción del servicio; inconsistencias en la información proporcionada por el establecimiento).





# Reporte General de Observaciones del Equipo Supervisor



Salud  
Secretaría de Salud



CONASAMA  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

7. Indicio de maltrato hacia los usuarios (prácticas negativas).

--

Otras observaciones (si se requiere ampliar la información sobre alguna de las áreas o aspecto que hayan llamado su atención).

--

De acuerdo a los datos cualitativos que han mencionado, ¿estarían de acuerdo que la CONASAMA emitiera el reconocimiento/ratificación a este establecimiento?

Sí ( ) ¿Por qué?

--

No ( ) ¿Por qué?

--





# Reporte General de Observaciones del Equipo Supervisor



Salud  
Secretaría de Salud



CONASAMA  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICIONES

Antes, durante o después de la supervisión al establecimiento, ¿el responsable o algún otro personal les ofrecieron agua, comida o tuvieron alguna atención, **SIN el afán de modificar o verse favorecidos** en la calificación otorgada en los ítems evaluados?

Sí ( ) Describa la situación:

No ( ) Describa la situación:

Antes, durante o después de la supervisión al establecimiento, ¿el responsable o algún otro personal les ofrecieron alguna compensación económica, obsequio, comida y otra recompensa, **CON la intención manifiesta de verse favorecidos** en la calificación otorgada en los ítems evaluados?

Sí ( ) Describa la situación:

No ( ) Describa la situación:





# Reporte General de Observaciones del Equipo Supervisor



Salud  
Secretaría de Salud



CONASAMA  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Algún miembro del equipo supervisor recibió algún tipo de amenaza antes, durante o después de la supervisión, esto en relación al resultado de la misma.

Sí ( ) Describa la situación:

No ( ) Describa la situación:

Nombre y Firma Supervisor/a 1

Nombre y Firma Supervisor/a 2



# Anexo 17. Evaluación del Desempeño del Personal de la CESMA por el equipo de supervisión de la CONASAMA.



## Evaluación del Desempeño del Personal de la CESMA por el equipo de supervisión de la CONASAMA.

Anexo 17

Evaluación del Desempeño del Personal de la CESMA por el equipo de supervisión de la CONASAMA

**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE LA CESMA POR EL EQUIPO DE SUPERVISIÓN DE LA CONASAMA**

Con el propósito de mejorar la calidad del Proceso de Supervisión de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones que realiza CESMA con base a los lineamientos propuestos por CONASAMA, se lleva a cabo la evaluación al personal de la CESMA por parte del equipo de supervisión de la CONASAMA.

La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora, en el entendido de que será manejada con estricta **confidencialidad**.

Este documento se llena solo una vez por el equipo de supervisión, al concluir las visitas en la entidad y se entrega de manera física al personal de la CONASAMA.

Entidad Federativa:  Fecha de Evaluación:

Lea cuidadosamente cada uno de los puntos y asigne una calificación según el nivel de cumplimiento que usted considere corresponde a la actuación del personal de la CESMA, durante el proceso de supervisión, bajo la siguiente escala. Coloque una X según en la casilla que corresponda.

Criterios de evaluación	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió parcialmente	No cumplió	Observaciones
<b>1. Puntualidad</b>	1.1 El enlace de establecimientos se presentó puntualmente a los puntos de encuentro (aeropuerto, hotel, establecimiento).				
	2.1 El enlace de establecimientos del estado mantuvo la ruta crítica establecida.				
	2.2 En caso de presentarse modificaciones al plan de trabajo, el enlace del estado le informó al respecto.				
<b>2. Organización</b>	2.3 El enlace del estado contaba con la información necesaria para llevar a cabo la supervisión (dirección / ubicación, conocía al director, modelo de atención, si el centro está en funcionamiento, entre otros).				

**Descarga el formato Aquí**





# Evaluación del Desempeño del Personal de la CESMA por el equipo de supervisión de la CONASAMA



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

## EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE LA CESMA POR EL EQUIPO DE SUPERVISIÓN DE LA CONASAMA

Con el propósito de mejorar la calidad del Proceso de Supervisión de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones que realiza CESMA con base a los lineamientos propuestos por CONASAMA, se lleva a cabo la evaluación al personal de la CESMA por parte del equipo de supervisión de la CONASAMA.

La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora, en el entendido de que será manejada con estricta **confidencialidad**.

Este documento se llena solo una vez por el equipo de supervisión, al concluir las visitas en la entidad y se entrega de manera física al personal de la CONASAMA.

**Entidad  
Federativa**

**Fecha de Evaluación**

Lea cuidadosamente cada uno de los puntos y asigne una calificación según el nivel de cumplimiento que usted considere corresponde a la actuación del personal de la CESMA, durante el proceso de supervisión, bajo la siguiente escala. Coloque una X según en la casilla que corresponda.

Criterios de evaluación	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió parcialmente	No cumplió	Observaciones
<b>1. Puntualidad</b>	1.1 El enlace de establecimientos se presentó puntualmente a los puntos de encuentro (aeropuerto, hotel, establecimiento).				
	2.1 El enlace de establecimientos del estado mantuvo la ruta crítica establecida.				
<b>2. Organización</b>	2.2 En caso de presentarse modificaciones al plan de trabajo, el enlace del estado le informó al respecto.				
	2.3 El enlace del estado contaba con la información necesaria para llevar a cabo la supervisión (dirección / ubicación, conocía al director, modelo de atención, si el centro está en funcionamiento, entre otros).				



Criterios de evaluación	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió parcialmente	No cumplió	Observaciones
	2.4 El enlace del estado estuvo atento al proceso de supervisión.				
<b>3. Interacción</b>	3.1 El enlace de establecimientos se presentó con el equipo de supervisión.				
	3.2 El enlace del estado se condujo con respeto y ética hacia el equipo de supervisión.				
	3.3 El enlace del estado informó y dio indicaciones en relación a la situación del municipio donde se llevó a cabo la supervisión.				
	3.4 El personal usó gafete que los identificó como parte del equipo del estado?				
<b>4. Profesionalismo</b>	4.1 ¿Fue profesional la imagen que proyectó el personal del estado?				
<b>5. Objetividad</b>	5.1 ¿El enlace de establecimientos del estado se mostró objetivo durante el proceso de supervisión?				
<b>6. Respeto</b>	6.1 ¿El enlace del estado interfirió fuera de sus funciones, en algún proceso de la supervisión?				

**Observaciones en General**





# Evaluación del Desempeño del Personal de la CESMA por el equipo de supervisión de la CONASAMA



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

**Nombre Supervisor/a 1:**

**Firma:**

**Nombre Supervisor/a 2:**

**Firma:**

**Agradecemos su colaboración**



## Anexo 18. Evaluación del Desempeño del equipo de Supervisión de la CONASAMA por el responsable de la CESMA.



### Evaluación del Desempeño del equipo de Supervisión de la CONASAMA por el responsable de la CESMA.

Anexo 18

Evaluación del Desempeño del equipo de Supervisión de la CONASAMA por el responsable de la CESMA

Salud CONASAMA

**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL EQUIPO DE SUPERVISIÓN DE LA CONASAMA POR EL PERSONAL DE LA CESMA**

Con el propósito de mejorar la calidad del Proceso de Supervisión de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones que realizan las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones, bajo los lineamientos propuestos por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), se lleva a cabo la evaluación del proceso realizado por el equipo de la CONASAMA por parte del responsable de la CESMA.

La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora, en el entendido de que será manejada con estricta **confidencialidad**. Agradecemos que, en caso de haberse presentado algún señalamiento, ocupe el espacio de observaciones para describir lo más detallado posible, para contar con más elementos para retroalimentar de manera oportuna y clara al equipo.

Dicho formato se enviará de manera electrónica una vez finalizadas las supervisiones en el estado; será llenado, firmado y se remitirá en formato PDF a la cuenta de correo: [est.resid.conasama@salud.gob.mx](mailto:est.resid.conasama@salud.gob.mx)

Nombres Supervisores federales: \_\_\_\_\_

Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Fecha de supervisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lea cuidadosamente cada uno de los puntos y marque una X según las opciones de respuesta que usted considere corresponde a la actuación del equipo de supervisión, durante las visitas:

Criterios de evaluación	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió parcialmente	No cumplió	Observaciones
1. Puntualidad	1.1 El equipo supervisor se presentó puntualmente a los puntos de encuentro (aeropuerto, hotel, establecimiento).				
	1.2 El equipo supervisor inició con puntualidad la evaluación.				
	1.3 El equipo supervisor concluyó en el tiempo previsto las actividades de evaluación (tiempo estimado 5 horas).				
2. Organización	2.1 El personal supervisor mantuvo la ruta crítica establecida.				

**Descarga el formato Aquí**



## EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL EQUIPO DE SUPERVISIÓN DE LA CONASAMA POR EL PERSONAL DE LA CESMA

Con el propósito de mejorar la calidad del Proceso de Supervisión de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones que realizan las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones, bajo los lineamientos propuestos por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), se lleva a cabo la evaluación del proceso realizado por el equipo de la CONASAMA por parte del responsable de la CESMA.

La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora, en el entendido de que será manejada con estricta **confidencialidad**. Agradecemos que, en caso de haberse presentado algún señalamiento, ocupe el espacio de observaciones para describir lo más detallado posible, para contar con más elementos para retroalimentar de manera oportuna y clara al equipo.

Dicho formato se enviará de manera electrónica una vez finalizadas las supervisiones en el estado; será llenado, firmado y se remitirá en formato PDF a la cuenta de correo :

[est.resid.conasama@salud.gob.mx](mailto:est.resid.conasama@salud.gob.mx)

**Nombres Supervisores federales:**

**Entidad Federativa:**

**Fecha de supervisión:**  /  /

Lea cuidadosamente cada uno de los puntos y marque una X según las opciones de respuesta que usted considere corresponde a la actuación del equipo de supervisión, durante las visitas:

Criterios de evaluación	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió parcialmente	No cumplió	Observaciones
<b>1. Puntualidad</b>	1.1 El equipo supervisor se presentó puntualmente a los puntos de encuentro (aeropuerto, hotel, establecimiento).				
	1.2 El equipo supervisor inició con puntualidad la evaluación.				
	1.3 El equipo supervisor concluyó en el tiempo previsto las actividades de evaluación (tiempo estimado 5 horas.).				
<b>2. Organización</b>	2.1 El personal supervisor mantuvo la ruta crítica establecida.				



 Evaluación del Desempeño del equipo de Supervisión de la CONASAMA por el responsable de la CESMA

Criterios de evaluación	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió parcialmente	No cumplió	Observaciones
<b>3. Interacción</b>	2.2 En caso de presentarse modificaciones al plan de trabajo, el equipo le informó al respecto.				
	2.3 El equipo supervisor contaba con el material necesario para llevar a cabo la supervisión (instrumentos completos).				
	3.1 El equipo supervisor se presentó con usted, con el equipo que le acompañaba .				
	3.2 El equipo supervisor se condujo con respeto y ética, hacia usted y/o personal del establecimiento.				
	3.3 El equipo supervisor tomó en cuenta recomendaciones e indicaciones en relación a la situación del municipio donde se llevó a cabo la supervisión (Por ejemplo: cuestiones de seguridad, alimentación, tiempos de traslados, entre otros).				
	3.4 Utilizaron gafete que los identificó como supervisores de la CONASAMA.				
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Observaciones</b>	
	4. ¿Fue profesional la imagen que proyectó el equipo de supervisión?				
	5. ¿El equipo se mostró objetivo durante el proceso de supervisión?				
	6. ¿El equipo supervisor solicitó equipo de cómputo al establecimiento para el uso de la supervisión (excepto el uso de impresora)?				
<b>OBSERVACIONES GENERALES</b>					

**Nombre:**  **Cargo:**  **Firma:**



## Anexo 19. Formato de Evaluación del desempeño entre el equipo de supervisión de la CONASAMA.



### Formato de Evaluación del desempeño entre el equipo de supervisión de la CONASAMA.

Anexo 19

Formato de Evaluación del desempeño entre el equipo de supervisión de la CONASAMA

**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO ENTRE EL EQUIPO DE SUPERVISIÓN DE LA CONASAMA**

Con el propósito de mejorar la calidad del Proceso de Reconocimiento/Ratificación de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones que realizan las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones, bajo los lineamientos propuestos por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), se llevan a cabo diferentes evaluaciones del proceso realizado. Por ello, le pedimos que conteste de manera objetiva y ética este cuestionario para conocer su opinión respecto al desempeño de su compañero supervisor. La información que nos brinde es muy importante para identificar áreas de mejora, en el entendido de que será manejada con estricta confidencialidad.

Lea cuidadosamente cada uno de los puntos, elija, marcando con una X el nivel de cumplimiento que usted considere conforme a la actuación de su compañero supervisor durante las visitas realizadas en la entidad.

Dicho formato se enviará de manera electrónica una vez finalizadas las supervisiones en el estado; será llenado, firmado y se remitirá en formato PDF a las cuenta de correo: est.resid.conasama@salud.gob.mx

Nombre Supervisor Evaluado: \_\_\_\_\_

Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Criterios de evaluación	Elementos a evaluar	Cumplido	Cumplido parcialmente	No Cumplido	Observaciones
1. Puntualidad	Llegó a la hora acordada al punto de encuentro				
	Se presentó al establecimiento, de acuerdo al horario acordado en la ruta crítica				
	Realizó su trabajo conforme a la Guía del Supervisor y los				

**Descarga el formato Aquí**





# Formato de Evaluación del desempeño entre el equipo de supervisión de la CONASAMA



## EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO ENTRE EL EQUIPO DE SUPERVISIÓN DE LA CONASAMA

Con el propósito de mejorar la calidad del Proceso de Reconocimiento/Ratificación de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones que realizan las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones, bajo los lineamientos propuestos por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), se llevan a cabo diferentes evaluaciones del proceso realizado. Por ello, le pedimos que conteste de manera objetiva y ética este cuestionario para conocer su opinión respecto al desempeño de su compañero supervisor. La información que nos brinde es muy importante para identificar áreas de mejora, en el entendido de que será manejada con estricta confidencialidad.

Lea cuidadosamente cada uno de los puntos, elija, marcando con una X el nivel de cumplimiento que usted considere conforme a la actuación de su compañero supervisor durante las visitas realizadas en la entidad.

Dicho formato se enviará de manera electrónica una vez finalizadas las supervisiones en el estado; será llenado, firmado y se remitirá en formato PDF a las cuenta de correo : [est.resid.conasama@salud.gob.mx](mailto:est.resid.conasama@salud.gob.mx)

**Nombre Supervisor Evaluado:**

**Entidad Federativa:**  **Fecha de evaluación:**

Criterios de evaluación	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió parcialmente	No Cumplió	Observaciones
1. Puntualidad	Llegó a la hora acordada al punto de encuentro				
	Se presentó al establecimiento, de acuerdo al horario acordado en la ruta crítica				
	Realizó su trabajo conforme a la Guía del Supervisor y los				





# Formato de Evaluación del desempeño entre el equipo de supervisión de la CONASAMA

Criterios de evaluación	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió parcialmente	No Cumplió	Observaciones
2. Cumplimiento de las actividades asignadas en la supervisión	Lineamientos dados por la CONASAMA				
	Realizó su trabajo con cuidado y diligencia profesional				
	Concluyó el trabajo asignado en tiempo y forma				
3. Comunicación e Interacción	Mostró capacidad de escucha y diálogo				
	Respetó y se dirigió asertivamente al <b>compañero/a supervisor</b>				
	Respetó y se dirigió asertivamente al <b>personal de la CESMA</b>				
4. Conocimiento	Respetó y se dirigió asertivamente al <b>personal del establecimiento</b>				
	Mostró conocer la normatividad aplicable a la supervisión				
	Demostró habilidades para el manejo de la cédula de supervisión, así como la comprensión de los ítems				
4. Conocimiento	Calificó los ítems de la cédula en apego a los estándares, de forma objetiva e imparcial, bajo los criterios de evaluación				
	5. Ética	Cumplió los valores señalados en el Código de Ética: Sí ( ) No ( )	En caso de incumplimiento, describirlo:		





# Formato de Evaluación del desempeño entre el equipo de supervisión de la CONASAMA



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

Criterios de evaluación	Elementos a evaluar	Cumplió	Cumplió parcialmente	No Cumplió	Observaciones
	6. ¿Hubo quejas del personal de alguno de los establecimientos respecto al comportamiento y actitud del supervisor? Si ( ) No ( )	En caso afirmativo, describa la queja (s), que realizaron:			
	7. En caso de haberse presentado alguna situación anormal, controversia o conflicto, ¿cómo se resolvió?				
Comentarios y observaciones adicionales:					

Nombre:

Cargo:

Firma:



# Anexo 20. Conformación de los Comités Estatales de Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CES).



## Conformación de los Comités Estatales de Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CES).

Anexo 20

Conformación de los Comités Estatales de Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CES)

**Supervisión a establecimientos residenciales.**

La política actual de CONASAMA es que las Entidades Federativas cuenten con un mejor control y supervisión de los Establecimientos Residenciales Privados de Atención a las Adicciones, actividad por la cual se les dispersa recurso a las entidades federativas a través del Convenio CRESCA E-025.

Las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones (CESMA) deben realizar estas supervisiones y la evaluación de estos centros a través de los denominados: Comités Estatales de Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CES), los cuales deben estar conformados por las instituciones estatales: CESMAS's, Regulación Sanitaria, PGR, DIF, COEPRIS. Con la finalidad de que éste pueda imponer sanciones, y/o clausurar a aquellos centros que no mantienen apego a la normatividad o realizan actividades contrarias a los Derechos Humanos.

En el año 2011, se acordó en la Reunión Nacional Ordinaria del extinto Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud (STCONASA) con acta 17/XVII/RNOCONASA201, lo siguiente:

"Los Servicios Estatales de Salud formarán una Comisión Mixta para la Supervisión y Evaluación del funcionamiento de los Centros de Tratamiento Residencial de las Adicciones, los cuales serán denominados: Comités Estatales de Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CES), los cuales estarían conformados por los: CECAS (ahora CESMAS), Regulación Sanitaria, PGR, DIF, COEPRIS, entre otros".

**Conformación de los Comités Estatales de Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CES)**

```

graph TD
    C[Coordinador] --- ST[Secretario Técnico]
    C --- M[Miembros: Grupo conformado por representantes de diversidad instancias]
    M --- S[Salud]
    M --- J[Justicia]
    M --- COE[COEPRIS]
    M --- DH[Derechos Humanos]
    M --- DS[Desarrollo Social]
    M --- SP[Seguridad Pública]
    M --- PC[Protección Civil]
    M --- OSC[OSC]
            
```

**Descarga el formato Aquí**





## Supervisión a establecimientos residenciales.

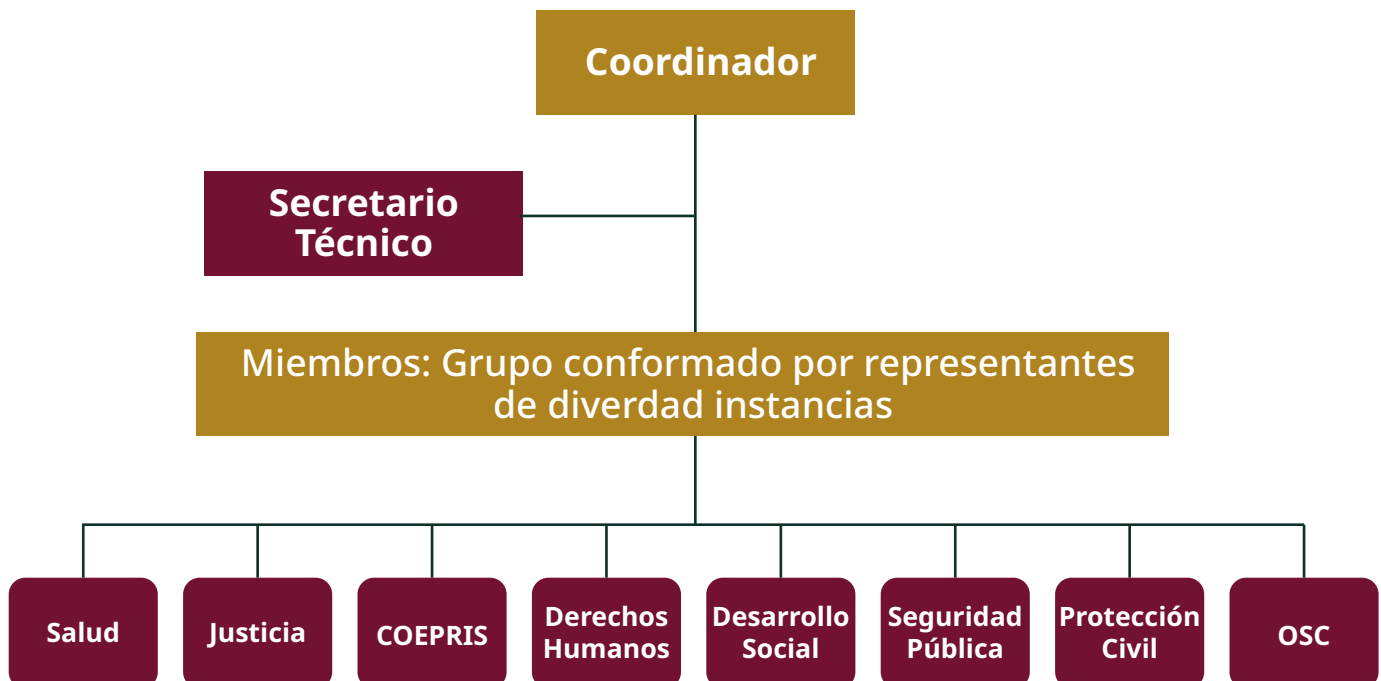
La política actual de CONASAMA es que las Entidades Federativas cuenten con un mejor control y supervisión de los Establecimientos Residenciales Privados de Atención a las Adicciones, actividad por la cual se les dispersa recurso a las entidades federativas a través del Convenio CRESCA E-025.

Las Comisiones Estatales de Salud Mental y Adicciones (CESMA) deben realizar estas supervisiones y la evaluación de estos centros a través de los denominados: Comités Estatales de Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CES), los cuales deben estar conformados por las instituciones estatales: CESMAS's, Regulación Sanitaria, PGR, DIF, COEPRIS. Con la finalidad de que éste pueda imponer sanciones, y/o clausurar a aquellos centros que no mantienen apego a la normatividad o realizan actividades contrarias a los Derechos Humanos.

En el año 2011, se acordó en la Reunión Nacional Ordinaria del extinto Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud (STCONASA) con acta 17/XVII/RNOCONASA201, lo siguiente:

“Los Servicios Estatales de Salud formarán una Comisión Mixta para la Supervisión y Evaluación del funcionamiento de los Centros de Tratamiento Residencial de las Adicciones, los cuales serán denominados: Comités Estatales de Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CES), los cuales estarían conformados por los: CECAS (ahora CESMAS), Regulación Sanitaria, PGR, DIF, COEPRIS, entre otros”.

## Conformación de los Comités Estatales de Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CES)



# Firmas

## Grupo Técnico



Mtra. Alma Delia Díaz Juárez  
Subdirectora de Establecimientos Residenciales



Mtra. Irais Mariana Reyes Martínez  
Psicóloga Clínica



Lic. Obdulia Rodríguez Anaya  
Psicóloga Clínica



Lic. Juan de Jesús Cuate Pérez  
Psicólogo Clínico

## Grupo Revisor



Dra. Lucia Amelia Ledesma Torres  
Directora General de Políticas de Salud  
Mental y Adicciones



Dr. Gabriel Eugenio Sotelo Monroy  
Director General de Atención Especializada en  
Salud Mental



Mtra. Nadia Robles Soto  
Directora de Atención Primaria



Mtra. María Elvira Sandoval Sánchez  
Subdirectora de Atención en la Línea de la Vida



Lic. Raúl Huesca Rubio  
Subdirector de Operaciones Normativas Intersectoriales



Lic. Luis Ángel Hernández Barranco  
Subdirector de Normatividad

## Validó



Dr. Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo  
Director General de Primer Nivel de Atención y Salud Pública



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONASAMA**  
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES