

## Cuestionario Único para el Análisis de Programas Sociales

### CONTROL DEL CUESTIONARIO

Folio CUAPS:

Fecha de llenado DÍA:  MES:  AÑO:

Folio del Registro de Adhesión del SISI:

Clave de usuario:

### I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

1.1 Nombre del Programa:

1.2 Clave presupuestal:

2.1 Nombre de la Dependencia Responsable:

Dependencia Responsable:

3.1 Nombre de la Unidad Administrativa:

3.2 Clave de la Unidad Administrativa:

4. ¿Qué orden de gobierno es responsable del Programa?

5. ¿En qué forma participa la Unidad Administrativa o Área en el Programa?

### II. DATOS DE LOS RESPONSABLES DE PROGRAMA

#### 6. Datos del Titular de la Unidad Administrativa

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Cargo

Teléfono  Extensión

Correo electrónico institucional  @

#### 7. Datos del Titular del Programa

Nombre(s)	ADELINA	Primer apellido	PEREZ	Segundo apellido	VAZQUEZ
Cargo	RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL			Teléfono	7773103822
Extensión					
Correo electrónico institucional	ADELINAPEREZSM @ GMAIL.COM				

**8. Datos del Enlace del Programa**

Nombre(s)	EUNICE	Primer apellido	BOTELLO	Segundo apellido	MARIN
Cargo	RESPONSABLE DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL			Teléfono	7773103822
Extensión					
Correo electrónico institucional					

**III. NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA**

<p><b>9. ¿En qué año inició la operación del Programa?</b></p> <p>2013</p>	<p><b>10. ¿El programa cuenta con algún documento normativo (por ejemplo: reglas de operación, lineamientos, políticas de operación, manual administrativo, guía, criterios u otros)</b></p> <p>1. Sí → PASAR A 11</p> <p>2. No</p> <p>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p>	<p><b>10.1 Si el Programa no cuenta con alguno de los documentos anteriormente citados, ¿existe algún sitio web donde se detalle la información del Programa?</b></p> <p>1. Sí → PASAR A 13</p> <p>2. No → TERMINAR CUESTIONARIO</p> <p>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p>
--	--	---

**11. ¿Cuál es el nombre completo del documento normativo vigente que rige la operación del Programa?**

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO SALUD MENTAL Y ADICCIONES 2020-2024

**12. ¿El documento normativo se encuentra disponible en algún sitio web?**

1. Sí      2. No → PASAR A 14

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

**13. Escriba el enlace electrónico directo del documento normativo (Reglas de operación, lineamientos, políticas de operación, manual administrativo, guía, criterios u otros). Si el Programa carece de documento normativo escriba la dirección electrónica del sitio web donde se detalla la información del Programa.**

<https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>

**14. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuál es el objetivo general del Programa?**

Mejorar el bienestar mental de la población, a través de servicios de salud mental oportunos, continuos y de calidad basados en la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I), con efectividad, eficiencia y equidad, para reducir la morbilidad, mortalidad y la discapacidad atribuida a los trastornos mentales y las adicciones.

15. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuáles son los objetivos específicos del Programa?

1. Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible al ciclo de vida.
2. Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud.
3. Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.
- 4.
- 5.

16 ¿Cuál es la población objetivo del Programa?

Población no derechohabiente de 5 años y más

17. ¿Cuál es la cobertura geográfica del Programa?

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

SI SELECCIONÓ ESTATAL, LLENAR 17.1



17.1 Entidad Federativa

Morelos

Clave de Entidad

17

SI SELECCIONÓ MUNICIPAL, LLENAR 17.1 y 17.2



17.2 Municipio

Clave de Municipio

IV. CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES

18. ¿Cuál es la cuantificación de la población potencial?	289,752	18.1 Unidad de Medida	PERSONAS
19. ¿Cuál es la cuantificación de la población objetivo?	25,000	19.1 Unidad de Medida	PERSONAS
20. ¿Cuál fue la población atendida en el ejercicio fiscal anterior?	19,660	20.1 Unidad de Medida	PERSONAS

V. RECURSOS FINANCIEROS DEL PROGRAMA

21. ¿Cuál fue el monto presupuestal ejercido en el ejercicio fiscal inmediato anterior?	\$ 4,511.000.00
22. ¿Cuál es el monto presupuestado para el ejercicio fiscal vigente?	\$ 4,511.000.00

VI. COPARTICIPACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

23. Con base en la normatividad del programa, ¿se tienen previstos esquemas de coparticipación con otros programas, instancias de gobierno, instituciones, asociaciones y/o beneficiarios?

1. Sí      2. No → PASAR A 28      SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

Núm.	24. Participante	25. Nombre del Programa, Fondo, Institución, Asociación, OSC. <i>PARA EL CASO DE BENEFICIARIOS O DE GRUPOS DE BENEFICIARIOS ESCRIBIR: PERSONAS BENEFICIARIAS O GRUPOS DE BENEFICIARIOS</i>	26. Orden de gobierno <i>PARA EL CASO DE PERSONAS BENEFICIARIAS / GRUPOS Y/O ASOCIACIONES NO APLICA</i>	27. Tipo de participación
1				
2				
3				
4				
5				

**VII. CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA EN DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR ECONÓMICO**

28. De acuerdo con los objetivos del Programa ¿en cuál(es) Derecho(s) Social(es) y/o Bienestar Económico contribuyen las acciones implementadas?

MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS

- |  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| 1. Educación <input type="checkbox"/>        | 3. Alimentación <input type="checkbox"/> | 5. Medio Ambiente <input type="checkbox"/> | 7. Seguridad Social <input type="checkbox"/>  | 9. Bienestar Económico <input type="checkbox"/> |
| 2. Salud <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Vivienda <input type="checkbox"/>     | 6. Trabajo <input type="checkbox"/>        | 8. No discriminación <input type="checkbox"/> | 10. Ninguno <input type="checkbox"/>            |

**VIII. COMPONENTES DEL PROGRAMA**

29. ¿El programa cuenta con componente(s), subprograma(s), vertiente(s) o modalidad(es)?

1. Sí      2. No → PASAR A 34      SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad	30. Nombre del componente, subprograma, vertiente o modalidad	31. Objetivo específico del componente, subprograma, vertiente o modalidad	32. Población objetivo del componente, subprograma, vertiente o modalidad	33. Total de apoyos que forman parte de este componente, subprograma, vertiente o modalidad
0				







0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						
0	0																						

**X. APOYOS DEL PROGRAMA: FOCALIZACIÓN**

**Para esta sección, es necesario que llene una pestaña "FOCALIZACIÓN" por cada apoyo registrado anteriormente**

**XI. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERÍSTICAS OPERATIVAS**

Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad	Número de apoyo (acción, intervención o subsidio)	43. ¿El apoyo genera un listado o Padrón de Beneficiarios?	44. ¿Qué tipo de listado o padrón genera el apoyo?	45. ¿Con qué periodicidad se actualiza el listado o padrón de beneficiarios del apoyo?	46. ¿Cuenta con información georreferenciada del apoyo?	47. ¿Utiliza algún instrumento de recolección socioeconómica para identificar a los posibles beneficiarios del apoyo?
		1. Sí 2. No → PASAR A 45	SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE  44.4 ESPECIFICAR	SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE  45.7 ESPECIFICAR	SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE	1. Sí _____ 2. No _____  ¿CUÁL?
0	0		Número de consultas otorgadas en Unidades de	Semestral	No	1 Expediente clínico
0	0					
0	0					



0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								

**XII. OBSERVACIONES**

**FIRMAS**

<p><b>ELABORÓ</b></p> <p>_____</p> <p><b>MTRA. ADELINA PÉREZ VÁZQUEZ</b> RESPONSABLE DEL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD MENTAL</p>	<p><b>AUTORIZÓ EL TITULAR DEL PROGRAMA</b></p> <p>_____</p> <p><b>DRA. YURICA RÍOS QUINTERO</b> JEFA DEL DEPTO. DE PREV. Y CONTROL DE ENFERMEDADES</p>
---	--