



### Anexo 1. Descripción general del Programa

#### I. DATOS DEL RESPONSABLE DEL LLENADO (EL EVALUADOR)

1.1 Nombre:	Dr. Alejandro Sahú Maldonado
1.2 Cargo:	Director Responsable
1.3 Institución a la que pertenece:	Centro de Estudios, Derecho, Democracia y Desarrollo
1.4 Último grado de estudios:	Doctor en Derecho del Programa de Derechos Humanos
1.5 Correo electrónico:	<a href="mailto:alesahui@ceddd.com">alesahui@ceddd.com</a>
1.6 Teléfono (con lada):	(01) 98110 09461

#### II. IDENTIFICACION DEL PROGRAMA

2.1 Nombre del programa:	Programa de Prevención y Atención de las Adicciones
2.2 Organismo coordinador del programa:	Sistema de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Farmacodependientes del Estado de Campeche. SANNAFARM.
2.3 Dependencia(s) y/o entidad(es) participante(s) de manera directa:	Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, Secretaría de Salud, INDESALUD, Secretaría de Finanzas, Secretaría de la Contraloría, Secretaría de Educación.
2.4 Nombre del titular del programa en la dependencia:	Dr. Pablo del Jesús León Huchin Coordinador Médico Asistencial del SANNAFARM.

#### III. NORMATIVIDAD

3.1 ¿Con qué tipo de normatividad vigente se regula el programa y cuál es su fecha de publicación más reciente? (puede escoger varios)

	Fecha									
	d	d	-	m	m	-	a	a	a	a
<input checked="" type="checkbox"/> Manual de Organización-----										
<input checked="" type="checkbox"/> Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche-----										
<input type="checkbox"/> Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas										
<input checked="" type="checkbox"/> Presupuestarios y otros Programas Estatales de la Administración Pública del Estado de Campeche----										
<input checked="" type="checkbox"/> Programa Anual de Evaluación PAE										
<input checked="" type="checkbox"/> Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018-----										
<input checked="" type="checkbox"/> Ley General de Salud-----										
<input checked="" type="checkbox"/> Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015										
<input type="checkbox"/> Ninguna-----										

07



#### IV. FIN Y PROPÓSITO

4.1 Describa el Fin del programa (en un espacio máximo de 900 caracteres):

CONTRIBUIR A LA ATENCIÓN DE PERSONAS Y FAMILIAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.

4.2 Describa el Propósito del programa (en un espacio máximo de 900 caracteres):

POBLACIÓN DE 5 A 64 AÑOS DEL ESTADO DE CAMPECHE ATENDIDA CONTRA LAS ADICCIONES A TRAVÉS DE ACCIONES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

#### V. ÁREA DE ATENCIÓN

5.1 ¿Cuál es la principal área de atención del programa? (puede escoger varios)

<input type="checkbox"/>	Agricultura, ganadería y pesca	<input checked="" type="checkbox"/>	Empleo
<input type="checkbox"/>	Alimentación	<input type="checkbox"/>	Comunicaciones y transportes
<input type="checkbox"/>	Ciencia y tecnología	<input type="checkbox"/>	Equipamiento urbano: drenaje, alcantarillado, alumbrado, pavimentación, etc.
<input type="checkbox"/>	Cultura y recreación	<input type="checkbox"/>	Medio ambiente y recursos naturales
<input type="checkbox"/>	Deporte	<input type="checkbox"/>	Migración
<input type="checkbox"/>	Derechos y justicia	<input type="checkbox"/>	Provisión / equipamiento de vivienda
<input type="checkbox"/>	Desarrollo empresarial, industrial y comercial	<input checked="" type="checkbox"/>	Salud
<input checked="" type="checkbox"/>	Sociedad civil organizada	<input type="checkbox"/>	Seguridad social
<input type="checkbox"/>	Desastres naturales	<input type="checkbox"/>	Otros
<input checked="" type="checkbox"/>	Educación		(especifique): _____



**VI. POBLACION OBJETIVO**

6.1 Describe la población objetivo del programa (en un espacio máximo de 400 caracteres):

HOMBRES Y MUJERES DE 5 A 64 AÑOS. HOMBRES Y MUJERES DE 9 A 17 AÑOS (INTERNAMIENTO) Y 18 A 65 AÑOS (SEMI-INTERNAMIENTO).

**VII. PRESUPUESTO (PESOS CORRIENTES)**

7.1 Indique el presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal del año en curso (\$):

			2	5	3	4	4	7	7	4	2
--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**VIII. BENEFICIARIOS DIRECTOS**

8.1 El programa beneficia exclusivamente a: (marque sólo una opción)

- |                                     |                           |
|-------------------------------------|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Adultos y adultos mayores |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Jóvenes                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Niños                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Discapacitados            |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Indígenas                 |

- |                                     |              |
|-------------------------------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Mujeres      |
| <input type="checkbox"/>            | Migrantes    |
| <input type="checkbox"/>            | Otros        |
| <input type="checkbox"/>            | Especifique: |
| <input type="checkbox"/>            | No aplica    |