



TXOSTEN TEKNIKOA

2026ko uztaila



HERIOTZARI BURUZKO TXOSTEN TEKNIKOA

EUSKAL ESPETXE
ADMINISTRAZIOAREN
TUTORETZAPEAN
DAUDEN PERTSONEI
BURUZ

ALDIA

2021/10/01 - 2025/12/31



Heriotza orokorra eta
suizidioagatiko heriotza,
denbora-bilakaera,
lurralde-banaketa, kausak eta
lotutako faktoreak aztertzea



Azterketa eta
Ikuskaritza Zerbitzua

Justizia Zuzendaritza



EUSKAL
ESPETXE
ADMINISTRAZIOA



LABURPEN BETEARAZLEA	3
1. TXOSTENAREN MOTIBAZIOA, HELBURUA ETA ERAKUNDE-ESPARRUA.....	6
2. METODOLOGIA	9
2.1. Informazio-iturriak.	9
2.2. Denbora-irismena	9
3. AZTERKETAREN MUGAK	9
4. TUTORETZAPEKO BIZTANLERIAREN BILAKAERA.....	11
5. HERIOTZA-TASA OROKORRA	12
5.1 Denboraren bilakaera	12
5.2 Hilkortasun-tasa urtez urte.....	13
6. HERIOTZA-TASA OROKORRA: ESPETXEETAKO TESTUINGURUA ETA BIZTANLERIA OROKORRA EUSKADIN	13
6.1. Heriotza-tasa globalaren urteko alderaketa	13
7 HERIOTZA-TASA ESPETXEETAN	15
7.1 Heriotzen banaketa	15
7.2 Urteko tasak	16
8 ZENTRO BARRUKO ETA KANPOKO HERIOTZAK.....	16
9 HERIOTZA-TASA, KAUSAREN ARABERA.....	17
10 HILKORTASUNA SEXUAREN ARABERA	18
11 ADINAREN ARABERAKO HILKORTASUNA.....	18
12 SUIZIDIOAREN AZTERKETA ESPEZIFIKOA.....	19
12.1 Suizidioaren garrantzia aztertutako aldian	21
12.2 Lurralde-banaketa.....	21
12.3 Suizidioaren ondorioz hildako pertsonen profil soziodemografikoa	22
12.4 Jokabide autolitikoak eta kalteberatasuna: autolesioak, suizidio-saioak eta suizidio burutuekiko harremana	23
12.5 Suizidioa eta prebentziorako mekanismo instituzionalak	28
12.6 Suizidioagatiko heriotza-tasak: espetxe-testuingurua eta biztanleria orokorra Euskadin	33
13 ONDORIOAK	36
14 EZTABAIDA, MUGAK ETA AZKEN GOGOETAK	38
14.1 Emaizen interpretazio orokorra.....	38
14.2 Jokabide autolesiboak, prebentzio-programak eta zaurgarritasun psikologikoa	39
14.3 Burututako suizidioen eta arrisku-adierazleen arteko gurutzaketen interpretazioa.	40
14.4 Azterketaren mugak	41
14.5 Azken gogoetak eta gomendioak.....	41
BIBLIOGRAFIA ERREFERENTZIAK	42
I ERANSKINA	43

LABURPEN BETEARAZLEA

Euskal Autonomia Erkidegoak espetxe-eskumenak bereganatu zituenetik 2025eko abenduaren 31ra arte, 37 pertsona hil ziren Euskal Espetxe Administrazioaren tutoretzapean.

2021eko urrian 1.599 pertsona zeuden tutoretzapean, eta 2025eko amaieran 1.947. Biztanleriaren zenbaketa ofizialetatik abiatuta egindako kalkuluak, 2021eko ekitaldia urriaren 1etik abenduaren 31ra bitarteko aldia soilik haztatuz, aztertutako aldian 7.650 pertsona/urteko esposizioa zehazten du gutxi gorabehera. Oinarri horren gainean, zenbatetsitako heriotza-tasa 484 heriotza ingurukoa da 100.000 pertsona/urte bakoitzeko.

Behatutako hilkortasunak argi eta garbi bereizitako bi profil ditu:

- Heriotza-tasa naturala, batez ere gaixotasunari, zahartzeari eta konplexutasun soziosanitarioari lotua; heriotza-kausa nagusia da, eta batez ere espetxeetatik kanpo gertatzen da.
- Hilkortasun ez-naturala, batez ere suizidioetan, gaindosietan eta kanpoko beste kausa batzuetan kontzentratua, garrantzi berezia hartzen duena bizitzaren prebentzioaren eta babesaren ikuspegitik.

Erregistratutako 37 heriotzetatik 27 espetxeetatik kanpo gertatu ziren, eta 10 zentroen barruan, ingurune irekian garatutako betetze-modalitateek eta gaixotasun larriak, prozesu terminalak edo ahultasun soziosanitario bereziko egoerak dituzten pertsonen arreta egokiagoa ematera bideratutako neurriek hartu duten garrantzia islatuz.

Kausaren ikuspegitik, kausa naturalek eragin zituzten 20 heriotza (kopuru osoaren % 54,1). Adinaren arabera banaketak erakusten du heriotzak adin-talde nagusienetan



kontzentratzen direla, bereziki 60 urte edo gehiagoko pertsonen artean, eta horrek berresten du espetxe-tutoretzapean dagoen biztanleriaren zati baten osasun-konplexutasun gero eta handiagoa eta kanpoko baliabide sanitario eta soziosanitarioekin koordinatzearen garrantzia.

Suizidioa da heriotza ez-naturalaren kausa nagusia, erregistratutako heriotza guztien % 18,9. Aztertutako aldian zazpi suizidio gertatu ziren, horietako sei espetxeetan eta bat horietatik kanpo. Lurraldeka, kasuak honela banatu ziren: Bizkaian lau suizidio, Araban bi eta Gipuzkoan bat. Halaber, azterketa soziodemografikoak erakusten du hildako pertsonetatik bost espainiarrak zirela (% 71,4) eta bi atzerritarrak (% 28,6). Hildako pertsonen adina 22 eta 60 urte bitartekoa izan zen, 46 urte eta 48 urteko batez besteko adinarekin. Adin-talde adierazgarriena 40 eta 49 urte artekoa izan zen, erregistratutako zazpi kasuetatik hiru bertan kontzentratu baitziren.

Euskal espetxe-sistema osorako urteko suizidio-tasa zenbatetsia 92 suizidio ingurukoa da 100.000 pertsona-urteko, 2021eko aldi partziala haztatzen duen biztanleria-esposizioaren estimazio baten bidez kalkulatua.

Suizidioak Prebenitzeko Programan (SPP) egindako txertaketei buruzko informazioa sartu da lehen aldiz, arrisku suizidaren aurrean egindako prebentzio-jarduera aztertzeko. 2021eko urritik 2025eko abendura bitartean, programaren 474 inklusio edo aktibazio erregistratu ziren, 323 barne-pertsonari zegozkienak. Lurralde-banaketak prebentzio-jarduera handiagoa erakusten du Bizkaian (215 erregistro eta 170 pertsona eraginpean), gero Araban (180 erregistro eta 139 pertsona) eta azkenik Gipuzkoan (79 erregistro eta 72 pertsona). Denboraren bilakaerak erakusten du aktibazioak nabarmen hazi direla 2022tik aurrera, eta 2023an jo duela goia, 139 erregistrorekin eta 109 pertsonarekin; ondoren, maila altuetan mantendu da.

Suizidioak eragindako heriotzen eta Suizidioak Prebenitzeko Programaren erregistroen artean egindako informazio-gurutzaketak erakusten du suizidioak hildako pertsona bakar bat ere ez zegoela SPP aktibo batean sartuta, eta ez zegoela laguntza aktiboko eta



garrantzizko neurri baten pean heriotzaren unean. Suizidioagatik hildako pertsonen artean SPPn sartu izanaren aurrekari dokumentaturik ere ez zen identifikatu. Eraitza horien arabera, aztertutako aldiari erregistratutako suizidioak lehenetik zeuden babes-mekanismo formalek detektatutako arrisku-egoeretatik kanpo gertatu ziren.

Arrisku suizidarekin lotutako kalteberatasun-faktoreen azterketan sakontzeko asmoz, erregistratutako jokabide autolitikoen analisia ere sartu da azterlanean, autolesioak eta suizidio-saiakerak barne. Aztertutako aldiari 400 autolesio-erregistro kontabilizatu ziren, 191 barneraturi zegozkienak, baita suizidio-saiakuntzako 45 erregistro ere, 32 barneraturi zegozkienak. Bi fenomenoek gorantzko joera erakusten dute aztertutako aldiari, eta ahultasun psikologikoaren eta prebentziozko esku-hartzearen behararen adierazle garrantzitsuak dira.

Autolesioak, batez ere, arintzat sailkatutako gertaeretan kontzentratu ziren; aldiari, suizidio-saioek maiztasun txikiagoa izan zuten, baina arrisku suizidarekiko hurbiltasun kontzeptual handiagoa. Saiakerak lurraldeka banatu ziren Bizkaian (20 erregistro), Araban (16) eta Gipuzkoan (9), eta gertaeren % 86,7 ziegan gertatutakoak izan ziren.

Banakako ibilbideen analisiak 32 pertsona identifikatu zituen, eta gutxienez suizidio-saio bat egin zuten; horietatik zazpik saiakera bat baino gehiago egin zituzten, eta gehienez ere lau saiakera egin ziren pertsona berean. Eraitza horiek agerian uzten dute gertakarien zati handi bat biltzen duen pertsona-talde txiki bat dagoela, eta arreta berezia eskatzen duela ikuspegi klinikotik, tratamenduzkoetatik eta prebentziozkoetatik.

Ondoren suizidioaren ondorioz hildako pertsonen eta autolesioen eta suizidio-saiakeren erregistroen arteko gurutzaketak ere ez zuen bi datu-serieen arteko kointzidentziarik identifikatu. Suizidioaren ondorioz hildako pertsona bakar batek ere ez zuen autolesio-aurrekari dokumentaturik, ezta suizidio-saiakeraren aurrekaririk ere aztertutako erregistroetan. Eraitza horrek agerian uzten du arrisku suizida aldeztu aurretik detektatutako aurrekari autolitikorik gabe ager daitekeela, eta ahultasun-faktore askoren identifikazio goiztiarrean oinarritutako prebentzio-estrategia zabalak mantentzeko



beharra indartzen du. Aldi berean, emaitzak bateragarriak dira jokabide autolitikoak hautemateak eta babes-, jarraipen- eta ebaluazio-neurri espezifikoak aktibatzeak aldeztu aurretik identifikatutako arrisku-egoerak kudeatzen lagunduko duten hipotesiarekin, eskura dauden datuek kausazko harreman zuzenik ezartzeko aukerarik eman gabe.

Oro har, lortutako emaitzek erakusten dutenez, espetxe-sistemak prebentzio-jarduera garrantzitsua garatu du arrisku suizidaren aurrean, SPP eta beste babes-neurri batzuk erabiliz, eta, aldi berean, agerian uzten dute zaila dela suizidio burutua eragin dezaketen kalteberatasun-prozesu guztiak detektatzea. Datuek Euskal Espetxe Administrazioaren eta Osakidetzaren arteko koordinazioan oinarritutako prebentzio-estrategia integral bati eusteko beharra indartzen dute, kalteberatasun-egoeren detekzio goiztiarra, arriskuaren ebaluazio jarraitua, jarraipen klinikoa eta diziplina anitzeko esku-hartzea indartuz. Era berean, agerian uzten dute baliagarria dela hilkortasunari, suizidioei, suizidio-saioei, autolesioei, SPP eta beste kalteberatasun-adierazle batzuei buruzko informazio-sistemak hobetzen jarraitzea, gero eta oinarri sendoagoa izateko, espetxe-osasuneko politikak, suizidioaren prebentzioa eta ekidin daitekeen heriotza-tasaren murrizketa bideratzeko.

1. TXOSTENAREN MOTIBAZIOA, HELBURUA ETA ERAKUNDE-ESPARRUA

Askatasunaz gabetutako pertsonen bizitza, osotasun fisikoa eta osasuna babestea espetxe-jardunaren funtsezko printzipioetako bat da. Espetxeen Lege Organiko Orokorraren 3. artikulua ezartzen du espetxe-administrazioak barneratuen bizitza, osotasun fisikoa eta osasuna zaindu behar dituela, eta erantzukizun hori espetxe-sistemaren agindu nagusietako bat dela.

Ikuspegi horretatik, espetxe-tutoretzapean gertatutako heriotza orok dimentsio estatistiko hutsa gainditzen du, eskubideak babesteko, zaintzeko eta bermatzeko betebeharrak instituzionalen eremuan kokatzeko. Hain zuzen ere, helburu horri erantzuten dio txosten honek. Kontua ez da soilik heriotzak kuantifikatzea edo adierazleak eraikitzea, baizik eta ezagutza-tresna bat izatea, euskal espetxe-sistemak aurre egin behar dion errealitatea hobeto ulertzeko, joerak identifikatzeko, hobekuntza-esparruak detektatzeko eta prebentzio- eta babes-estrategiak indartzeko.



Horrelako gai batean, balorazioak ezin dira mugatu datuen irakurketa kuantitatibo hutsera. Heriotza bakoitza garrantzi instituzional, sanitario eta gizatiar goreneko gertaera bat da. Hala ere, eskuragarri dagoen informazioaren azterketa sistematikoak aukera ematen du etengabeko hobekuntzarekin konprometitutako edozein erakunderentzat funtsezkoak diren hiru galderari erantzuteko: **non gauden, zergatik gauden gauden lekuan eta gure ahaleginak norantz bideratu behar ditugun.**

Testuinguru horretan, txosten honen xedea da 2021eko urriaren 1etik 2025eko abenduaren 31ra bitartean EAEko Espetxe Administrazioaren tutoretzapean dauden pertsonen artean erregistratutako heriotza-tasa aztertzea, honako helburu hauekin:

- Ikusitako hilkortasuna kuantifikatzea.
- Denbora- eta lurralde-banaketa aztertzea.
- Heriotza-kausak aztertzea.
- Zaurgarritasun bereziko taldeak identifikatzea.
- Bere buruaz beste egiteagatiko hilkortasuna berariaz aztertzea.
- Eskura dauden prebentzio-mekanismoen funtzionamendua baloratzea.
- Espetxe-zaintzapean dauden pertsonen bizitza, osasuna eta osotasuna babesteko politikak hobetzeko aukerak identifikatzea.

Euskal Espetxe Administrazioak, espetxe-eskumenak bere gain hartu dituenetik, sentsibiltate berezia izan du saihestu daitezkeen heriotzak prebenitzeko eta, bereziki, jokabide suizidak prebenitzeko eta osasun mentaleko arazoak, adikzioak edo ahultasun bereziko beste egoera batzuk dituzten pertsonen arreta emateko. Sentsibiltate hori honako hauetan gauzatzen da: baliabide espezifikoak ematean, prebentzio-estrategiak garatzean eta arrisku-egoerak garaiz detektatzera eta arrisku-egoerak gertatzen direnean berehala esku hartzera bideratutako jarduera-prozedurak ezartzean.

Erakundeek arazo horri ematen dioten erantzuna diziplina anitzeko giza baliabideen eta baliabide materialen sare baten bidez egituratzen da. Sare horretan, zaintzako, tratamenduko, psikologiako, gizarte-laneko, hezkuntzako, osasun-zerbitzuetako, osasun



mentaleko eta espetxeetako zuzendaritzako profesionalek hartzen dute parte. Bizitza babestea ez da kolektibo profesional bakar bati egotz dakiokeen erantzukizuna, erakunde osoak partekatzen duen betebeharra baizik.

Jarduera hori, gainera, koordinazio estuan garatzen da espetxe-eremuan eskumenak dituzten gainerako erakundeekin eta, bereziki, Osakidetzarekin, haren parte-hartzea funtsezkoa baita osasun-arreta espezializaturako, osasun mentalerako, patologia larrien kudeaketarako eta kalteberatasun-faktore handienak dituzten pertsonen jarraipenerako.

Era berean, gardentasunaren, gainbegiratzearen eta kontuak ematearen printzipioek gidatzen dute arlo horretako erakunde-jarduna. Espetxe-zaintzapean gertatutako heriotzak agintari judizial eskudunek ezagutu eta kontrolatzen dituzte, bai zigor-arloan, bai espetxe-zaintzako epaitegiek. Era berean, eskubideak bermatzeko erakundeek, hala nola Arartekoak, espetxe-administrazioak garatutako jarduerak gainbegiratu ditzakete.

Osagarri gisa, heriotza bakoitzak gertakariak argitzeko, garatutako praktika profesionalak aztertzeko eta aplikatutako prozeduren egokitasuna eta eraginkortasuna ebaluatzeko barne-jarduerak eragiten ditu. Jarduera horiek prebentzio- eta etengabeko hobekuntza-helburua dute, eta antolamendu-, laguntza- eta prozedura-hobekuntzarako aukerak identifikatzea ahalbidetzen dute. Emaitzak agintari judizial eskudunen esku jartzen dira, eta espetxe-jarduera orotan nagusi izan behar duten erakunde-bermeak eta bizitza babesteko kultura indartzen laguntzen dute.

Horregatik guztiagatik, txosten honek ikuspegi zorrotz, objektibo eta teknikoki oinarritua eman nahi du Euskal Espetxe Administrazioaren tutoretzapeko pertsonen artean erregistratutako hilkortasunari buruz, erakundeen ezagutza hobetzen, dauden prebentzio-estrategiak sendotzen eta askatasunik gabeko pertsonen bizitza, osotasun fisikoa eta osasuna babesteko lege-agindua benetan betetzen aurrera egiten lagunduz.



2. METODOLOGIA

Txosten hau Eusko Jaurlaritzako Justizia eta Giza Eskubideen Saileko Justizia Zuzendaritzako Espetxeetako Azterketa eta Ikuskaritza Zerbitzuak egin du, jarraian zehazten diren iturrien eta metodoaren arabera.

2.1. Informazio-iturriak.

Txostenaren oinarria honako hau da:

- Espetxe-tutoretzapeko pertsonen heriotzen erregistro bateratua.
- Espetxe-biztanleriaren zenbaketa ofizialak.
- Alten erregistroak euskal espetxe-sisteman.
- Suizidioak Prebenitzeko Programaren erregistroak.
- Laguntza-aginduen erregistroak.
- Eustaten informazio estatistikoa.
- Euskadin suizidioa prebenitzeko estrategia.
- Barne-ikerketak eta eskura dagoen administrazio-dokumentazioa

2.2. Denbora-irismena

Analisiak 2021eko urriaren 1etik 2025eko abenduaren 31ra bitartean gertatutako heriotzak bakarrik hartzen ditu.

3. AZTERKETAREN MUGAK

Txosten hau egitean, hainbat muga identifikatu dira, emaitzen irismen analitikoa baldintzatzen dutenak eta ondorio jakin batzuk behar bezalako zuhertasunez interpretatzea aholkatzen dutenak.

Espetxe-administrazioak ez du auzitegiko medikuen txostenetarako eta espetxe-tutoretzapean dauden pertsonen autopsia judizialeterako sarbide arruntik edo



sistematikorik. Inguruabar horrek bereziki eragiten die espetxeetatik kanpo gertatutako heriotzei, Administrazioak sarritan ez baitu behar besteko lege- eta mediku-informaziorik benetako heriotza-arrazoia ziurtasun osoz zehazteko.

Halaber, heriotzekin lotutako dokumentazio judiziala eskuratzeko zailtasunak ikusten dira, prozesu-sekretuak, datu pertsonalen babesak eta espetxe-administrazioari autopsia-txostenak edo auzitegi-medikuntzako dokumentazioa emateko dauden murrizketek eragindako mugak direla eta.

Horrez gain, espetxe-informazioa Osakidetzako edo beste osasun-zerbitzu publiko edo pribatu batzuetako osasun-sistemetan dagoen informazio klinikoarekin modu sistematikoan alderatzeko zailtasunarekin lotutako muga garrantzitsu bat dago. Espetxeetako Administrazioak ez du zuzeneko sarbiderik aurrekari medikoetara, aurretiko diagnostikoetara, patologia fisiko edo psikiatrikoetara, asistentzia-prozesuetara, jarraipen espezializatuetara, ospitaleratzeetara, agindutako tratamenduetara edo hildako pertsonen karakterizazio epidemiologikorako elementu interesgarriak ekar ditzaketen beste datu kliniko babestu batzuetara.

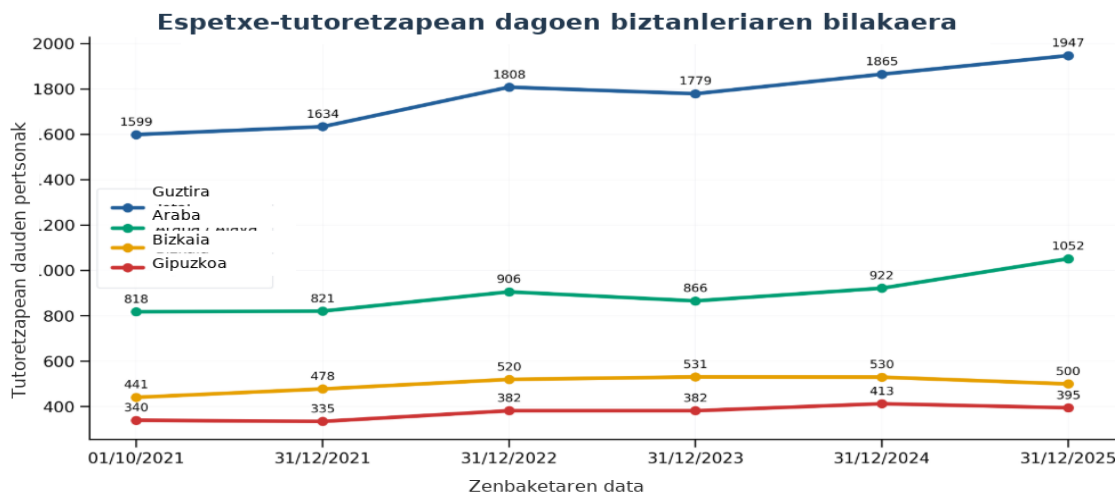
Hori dela eta, ezin da analisi integratu kliniko-asistentzialik egin, gaixotasun kronikoek, osasun mentaleko nahasmenduek, adikzioek, mendekotasun-egoerek edo ikusitako hilkortasunean garrantzitsuak diren beste osasun-baldintza batzuek izan dezaketen eragina sakonago ebaluatzeko. Era berean, mugatu egiten du heriotza jakin batzuk hobeto ulertzen eta ebidentzia sanitario indibidualizatuan oinarritutako prebentzio-estrategiak formulatzen lagun dezaketen aldez aurreko patroiklinikoak edo arrisku-faktoreak identifikatzeko gaitasuna.

Bestalde, azterlan honek ez du aztertutako aldi osorako espetxe-tutoretzapean dauden pertsona bakarren erregistro finkorik, eta, horren ondorioz, aldizkako zenbaketetan eta pertsona-urteko zenbaketetan oinarritutako biztanleriaren esposizio-estimazioak erabili behar dira, hurbilketa mota horiei dagozkien muga metodologikoekin.

Horren guztiaren ondorioz, heriotza-kausa batzuk ezin dira ziurtasun osoz sailkatu, kategoria jakin batzuk behin-behinekotzat jo behar dira eta erakundearen analisi-gaitasuna partzialki mugatzen da, batez ere aurrekari mediko-sanitarioen berreraikuntza osoari eta erregistratutako hilkortasunari lotutako faktore klinikoaren zehaztapenari dagokienez.

TUTORETZAPEKO BIZTANLERIAREN BILAKAERA

Data	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Guztira
2021/10/01	818	441	340	1.599
2021/12/31	821	478	335	1.634
2022/12/31	906	520	382	1.808
2023/12/31	866	531	382	1.779
2024/12/31	922	530	413	1.865
2025/12/31	1.052	500	395	1.947



Iturria: tutoretzapean dagoen biztanleriaren zenbaketak. 2021/10/01eko eta 2021/12/31ko datuak bereizita ageri dira, hasierako aldi partzial bati dagozkielako.

Kontuan izan behar da eskuragarri dagoen lehen zenbaketa Euskal Autonomia Erkidegoak espetxe-eskumenak bere gain hartzen dituen uneari dagokiola, 2021eko urriaren 1a. Hori dela eta, 2021eko ekitaldian hiru hilabeteko behaketa baino ez da egin

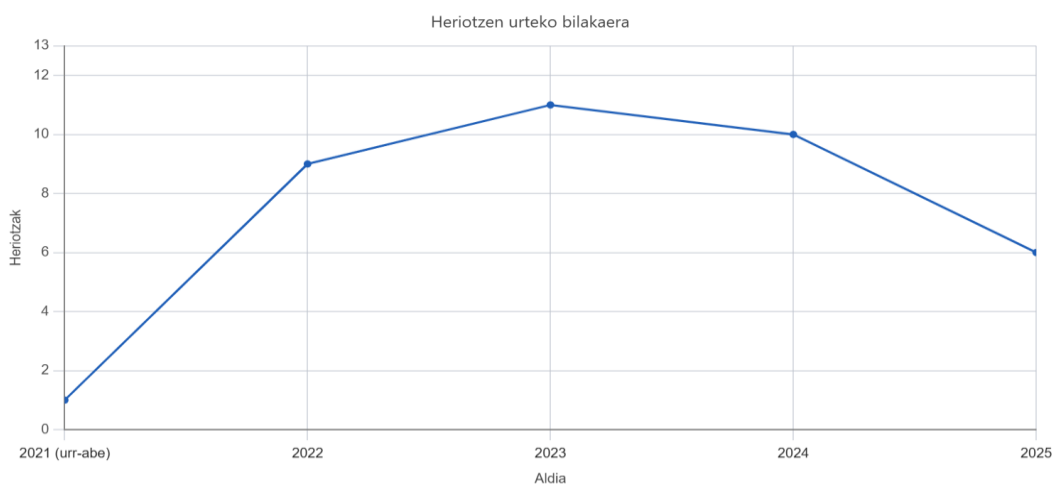
(urria-abendua), eta hori kontuan hartu da txosteneko pertsona-urteei eta urteko tasei buruzko zenbatespen guztietan.

Tutoretzapeko biztanleriak goranzko joera globala izan du aztertutako aldian, batez ere Araba Espetxean.

5. HERIOTZA-TASA OROKORRA

5.1 Denboraren bilakaera

Urtea	Heriotzak
2021 (urria-abendua)	1
2022	9
2023	11
2024	10
2025	6
Guztira	37



Urteko heriotza-tasa egonkor samarra da 2022tik 2024ra bitartean, eta 2025ean behera egin du.

5.2 Hilkortasun-tasa urtez urte

Tutoretzapeko biztanleriaren zenbaketa ofizialetatik abiatuta egindako kalkuluen arabera, gutxi gorabehera:

- 7.649,7 pertsona-urteko esposizioa.
- Behatutako 37 hildako.

Kalkulua egiteko, 2021eko urriaren 1etik abenduaren 31ra bitarteko aldia urtebeteko 92/365,25 zati gisa haztatu da.

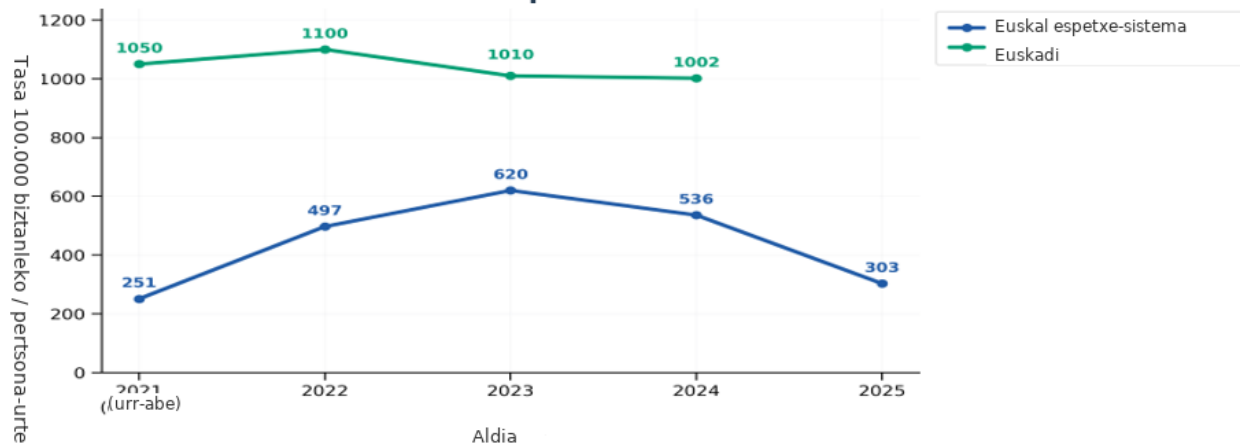
Oinarri horren gainean, urteko hilkortasun-tasa zenbatetsia honako hau da: 483,7 heriotza 100.000 pertsonako/urteko, hau da, gutxi gorabehera 484 heriotza 100.000 pertsonako/urteko.

6. HERIOTZA-TASA OROKORRA: ESPETXEETAKO TESTUINGURUA ETA BIZTANLERIA OROKORRA EUSKADIN

6.1. Heriotza-tasa globalaren urteko alderaketa

Urtea	Euskal espetxe-sistemako heriotzak	Euskal espetxe-sisteman zenbatetsitako tasa (100.000 pertsonako/urteko)	Heriotzak Euskadin	Euskadiko tasa (100.000 biztanleko)
2021 *	1	251	23.073	1.050
2022	9	497	24.194	1.100
2023	11	620	22.311	1.010
2024	10	536	22.397	1.002
2025	6	303	—	—
Aldi osoa	37	484	—	—

Heriotza-tasa orokorra: Euskal espetxe-sistema eta Euskadi



Oharra: espetxe-sistemako 2021eko datua 2021/10/01-2021/12/31 aldiari dagokio. Oraindik ez dago Euskadiko 2025eko datu bateraturik.

* 2021eko tasa kontu handiz interpretatu behar da, 2021eko urriaren 1etik abenduaren 31ra bitarteko aldiari buruzkoa baita soilik. Euskadiko datuak urteko kopuru osoetan adierazten dira.

Euskal Espetxe Administrazioaren tutoretzapean dauden pertsonen artean aztertutako aldian ikusitako heriotza-tasa globalaren ondorioz, urteko 484 heriotza zenbatetsi dira 100.000 pertsonako, urteko 7.649,7 pertsonako esposizio metatu zenbatetsiaren arabera kalkulatuta, eta 37 heriotza erregistratu dira guztira.

Bestalde, Eustatek argitaratutako datuek erakusten dutenez, Euskadiko heriotza-tasa gordina 100.000 biztanleko 1.100 heriotza izan zen 2022an, 100.000 biztanleko 1.010 2023an eta 100.000 biztanleko 1.002 2024an, kasu guztietan ehun mila biztanleko mila heriotza baino gehiago izanik.

Konparazioak erakusten du EAEko espetxe-sisteman erregistratutako tasa zenbatetsiak Euskadiko biztanleria orokorraren heriotza-tasa gordinak baino txikiagoak direla.

Hala ere, alde hori zuhurtziaz interpretatu behar da, bi populazioen artean egiturazko desberdintasun handiak daudelako. Euskadiko biztanleria orokorrak Europako egitura demografiko zahartuenetako bat du, eta heriotza gehienak kausa naturalen arabera gertatzen diren adin-taldeetan biltzen da pertsona kopuru handia. Aitzitik, espetxe-

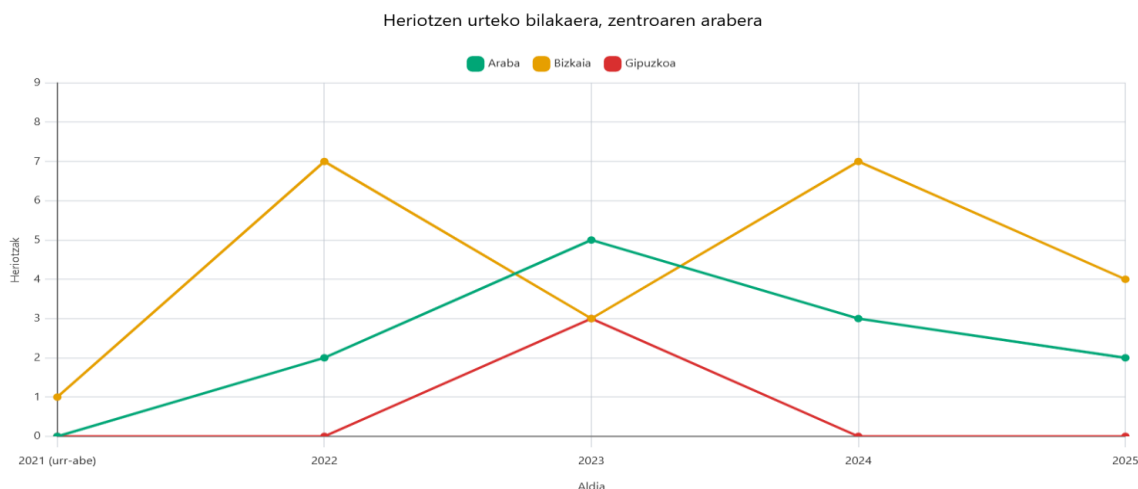
tutoretzapeko biztanleriaren gehiengoa tarteko adinetako helduek osatzen dute, eta adin aurreratuko pertsonen ordezkaritza oso txikia da, eta horrek nabarmen baldintzatzen du behatutako heriotza-tasa.

Horrez gain, bi adierazleak metodologia desberdinen bidez eraikitzen dira. Euskadiko tasak ondo definitutako biztanleria egoiliar baten gainean kalkulatu dira, sistema estatistiko finkatuaren bidez; espetxe-tasa, berriz, tutoretzapeko biztanleriaren aldizkako zenbaketetatik lortutako pertsona-urteko zenbatespen batean oinarritzen da. Horrek bi magnitudeen arteko zuzeneko konparagarritasun epidemiologikoa mugatzen du.

7 HERIOTZA-TASA ESPETXEETAN

7.1 Heriotzen banaketa

Espetxe	Heriotzak
Bizkaia	22
Araba	12
Gipuzkoa	3
Guztira	37



7.2 Urteko tasak

Espetxe	Heriotzak	Pertsona-urtea	Tasa 100.000 biztanleko
Bizkaia	22	2.185,7	1006
Araba	12	3.836,9	313
Gipuzkoa	3	1.627,0	184

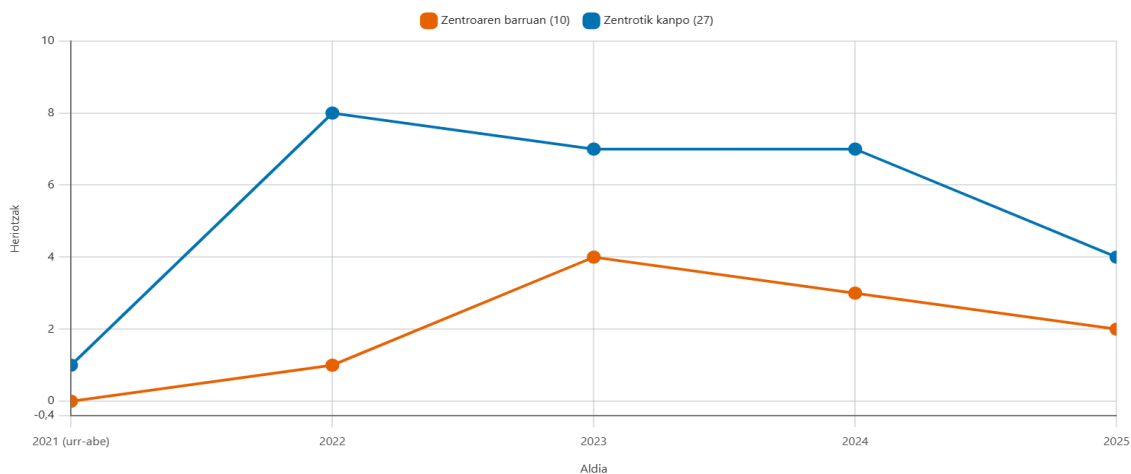
Bizkaiak du heriotza kopuru absolutu handiena, bai eta urteko tasa zenbatetsi handiena ere.

Hala ere, alde horiek tentuz interpretatu behar dira, I. eranskinean azaldutako metodologia-mugak eta tutoretzapean dauden pertsona bakarren erregistro finkorik ez dagoelako.

8 ZENTRO BARRUKO ETA KANPOKO HERIOTZAK

Eremua	Kasuak
Espetxearen barruan	10
Espetxetik kanpo	27

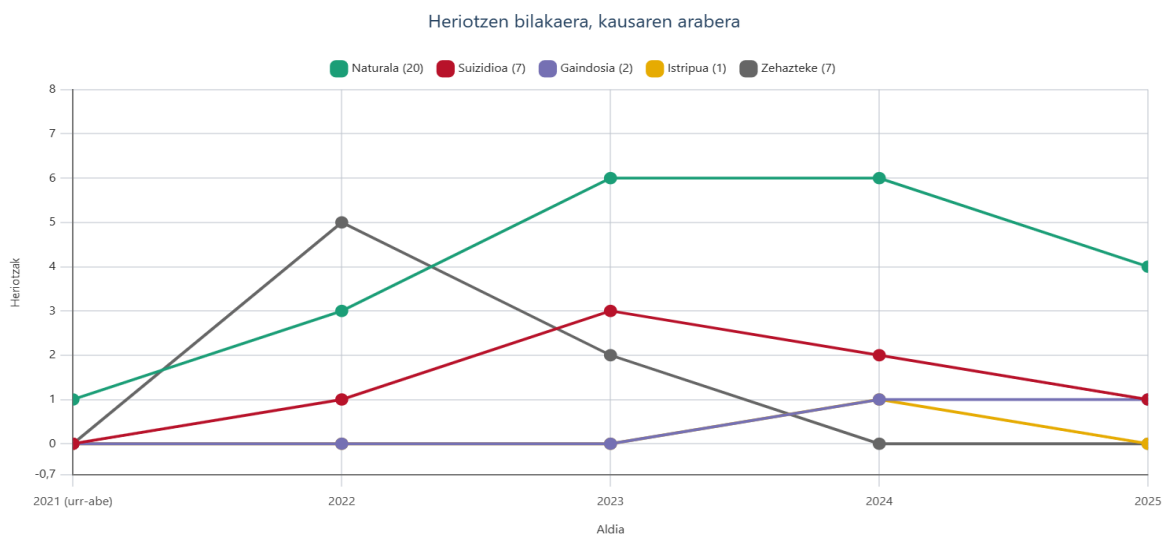
Zentroaren barruan eta kanpoan izandako heriotzak, aldiaren arabera



Espetxe	Espetxearen barruan	Espetxetik kanpo
Bizkaia	4	18
Araba	4	8
Gipuzkoa	2	1

9 HERIOTZA-TASA, KAUSAREN ARABERA

kausa	Kasuak	%
Naturala	20	54,1
Suizidioa	7	18,9
Gaindosia	2	5,4
Istripua	1	2,7
Zehazteke	7	18,9



Zazpi heriotza identifikatu dira, eta eskuragarri dagoen informazio administratiboak ez du aukerarik ematen heriotza benetan zerk eragin duen ziurtasunez zehazteko. Guztiak espetxetik kanpo gertatutako heriotzei dagozkie.

Egoera horrek lotura zuzena du auzitegi-txostenetara, autopsia judizialetera, ziurtagiri mediko osoetara edo prozedura judizialei erantsitako dokumentaziora jotzeko mugekin.

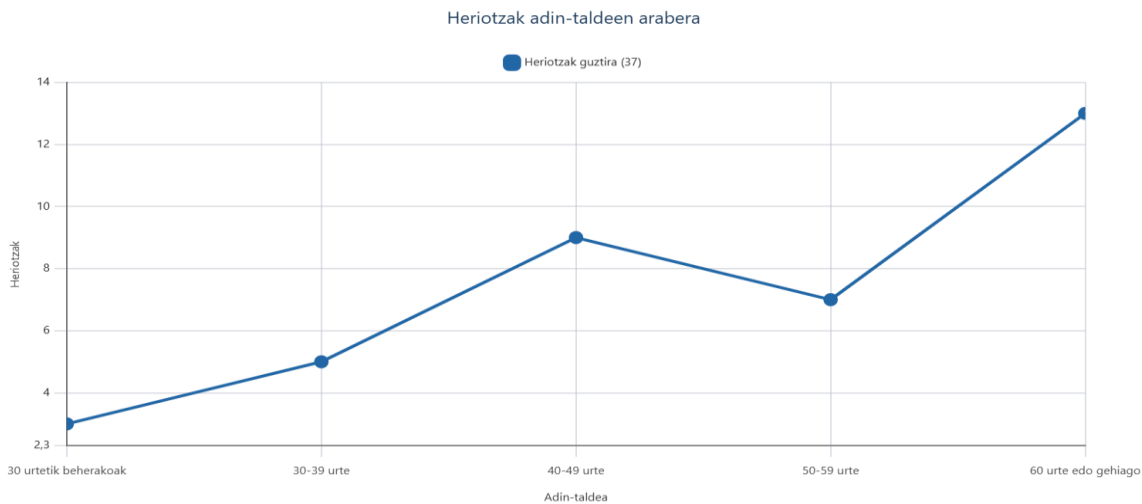
10 HILKORTASUNA SEXUAREN ARABERA

Sexua	Heriotzak
Gizonak	37
Emakumeak	0

Hilkortasunak gizonei bakarrik eragiten die.

11 ADINAREN ARABERAKO HILKORTASUNA

Adin-taldea	Heriotzak
30 urte baino gutxiago	3
30-39 urte	5
40-49 urte	9
50-59 urte	7
60 urtetik gorakoak	13



**Adierazleak:**

- Heriotzaren batez besteko adina: 52,7 urte.
- Heriotza-uneko batez besteko adina: 53 urte.

Heriotza-tasa nabarmen handitzen da adinean aurrera egin ahala, eta 60 urte edo gehiagoko pertsonen artean kontzentratzen da gehien.

12 SUIZIDIOAREN AZTERKETA ESPEZIFIKOA

Suizidioa prebenitzea da Euskal Espetxe Administrazioaren lehentasun estrategikoetako bat, askatasun-gabetzeari lotutako arrisku larrienetako bat baita, eta espetxe-zaintzapeko pertsonen bizitza, osasuna eta osotasuna babesteko erronka nagusietako bat.

Arrisku hori minimizatzeko, Espetxe Administrazioak eta Osakidetzak esku hartzeko eredu bati eusten diote, baliabide espezializatuen etengabeko koordinazioan, banakako arretan eta diziiplina anitzeko jardueran oinarrituta. Eredu hori espetxeetako, osasuneko, psikologiako, hezkuntzako eta gizarteko profesionalen baterako parte-hartzean oinarritzen da, eta honako zeregin hauek garatzen dituzte: kalteberatasun-faktoreak goiz identifikatzea, arriskua etengabe ebaluatzea, jarraipen klinikoa egitea eta sufrimendu psikologikoaren edo jokabide autolitikoaren adierazleak izan ditzaketen pertsonen laguntzea.

Giza baliabide espezifikoak eta kualifikatuak izatea prebentzio-estrategia honen funtsezko elementuetako bat da. Tratamendu-taldeen, profesional sanitarioek, zaintzako langileek, osasun mentaleko profesionalek, gizarte-laneko langileek eta beste baliabide espezializatu batzuek modu koordinatuan esku hartzen dute arrisku-egoerak hautematen, baloratzen eta kudeatzen, esku-hartze asistentzial hutsetik haratago doan eta pertsonaren babes aktibora bideratutako abordatze integrala bultzatuz.



Esparru horretan garatzen da Suizidioak Prebenitzeko Programa (SPP), Euskadiko Espetxe Administrazioaren eta Osakidetzaren artean adostutako esku hartzeko tresna, arrisku suizidako egoeretan jarduteko prozedura komun gisa sortua. Programak identifikazio-, ebaluazio-, jarraipen- eta babes-irizpide partekatuak jasotzen ditu, eta lanbide-profil desberdinen zeharkako parte-hartzea eskatzen du, suizidioaren prebentzioa jarduera-eremu bakar baten gain ez ezik, erakunde osoaren erantzukizun partekatua ere izango dela bermatuz.

SPP-k inspiratzen duen filosofiaren oinarria da arrisku suizida fenomeno konplexu, dinamiko eta faktore anitzekoa dela, aldagai pertsonalek, sanitarioek, sozialek, familiakoek, espetxekoek eta testuingurukoek baldintzatuta. Hori dela eta, erakundeen erantzunak osasun-, psikologia-, tratamendu- eta behaketa-neurriak konbinatzen ditu, baita arrisku-faktoreak murriztera eta babes-faktoreak indartzera bideratutako laguntza- eta babes-mekanismoak ere.

Antolamendu-testuinguru horretatik eta bi administrazioek zabaldutako prebentzio-baliabideen garrantzitik abiatuta, bereziki interesgarria da aztertzea behatutako aldian suizidioaren ondorioz hildako pertsonak zer neurritan identifikatu ziren aldez aurretik arrisku-kasu gisa, Suizidioak Prebenitzeko Programan sartuta zeuden edo zer neurritan zeuden laguntza- eta jarraipen-neurri espezifikoaren mende.

Jarraian aurkeztzen den analisiak euskal espetxe-sisteman erregistratutako suizidio burutuen ezaugarriak hobeto ulertzen lagundu nahi du, eta bizitza prebenitzeko eta babesteko politikak etengabe hobetzeko elementu objektiboak eman nahi ditu.

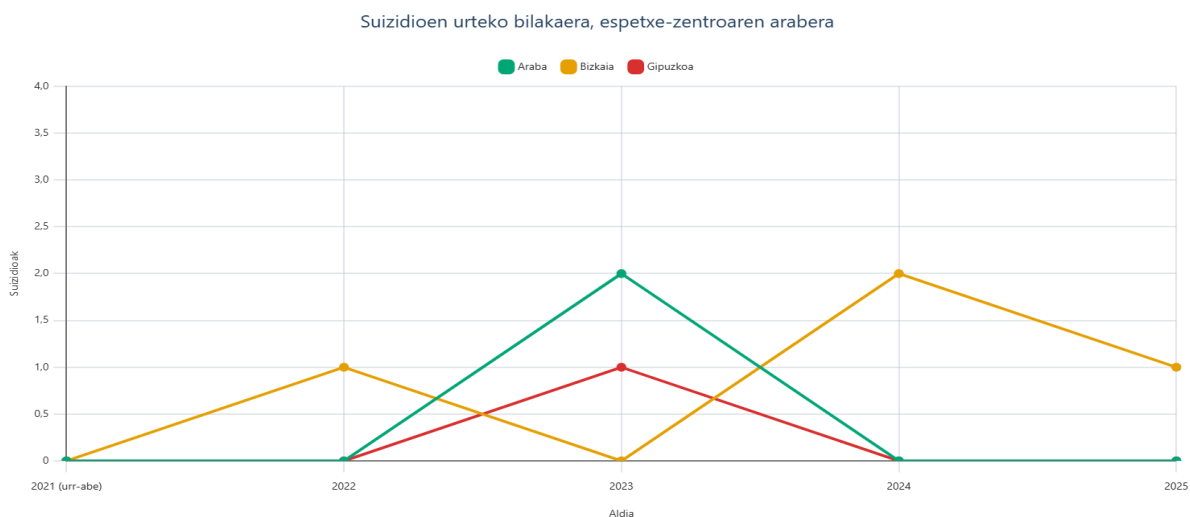
12.1 Suizidioaren garrantzia aztertutako aldian

Aztertutako aldian honako hauek erregistratu ziren:

Adierazle	Kasuak
Guztira	7
Espetxearen barruan	6
Espetxetik kanpo	1

12.2 Lurralde-banaketa

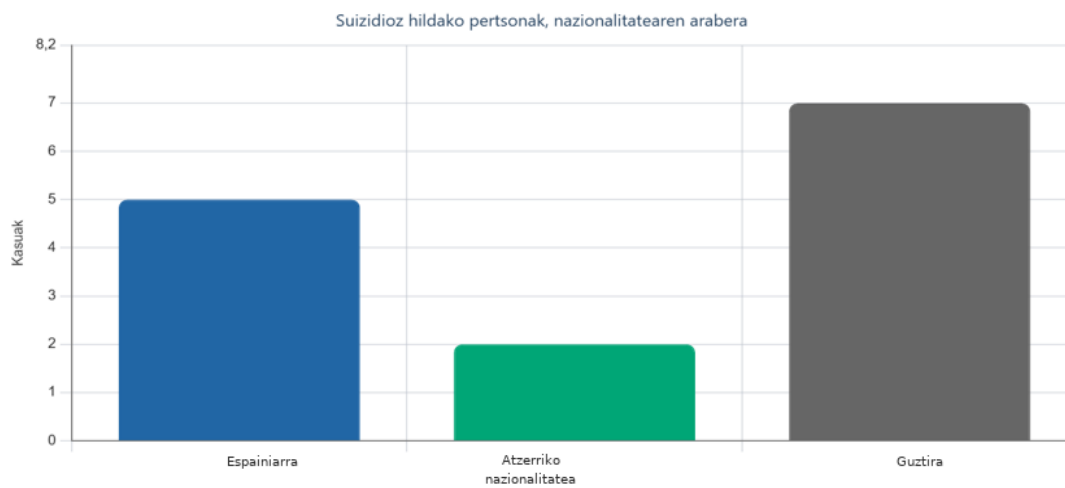
Espetxe	Suizidioak
Bizkaia	4
Araba	2
Gipuzkoa	1



12.3 Suizidioaren ondorioz hildako pertsonen profil soziodemografikoa

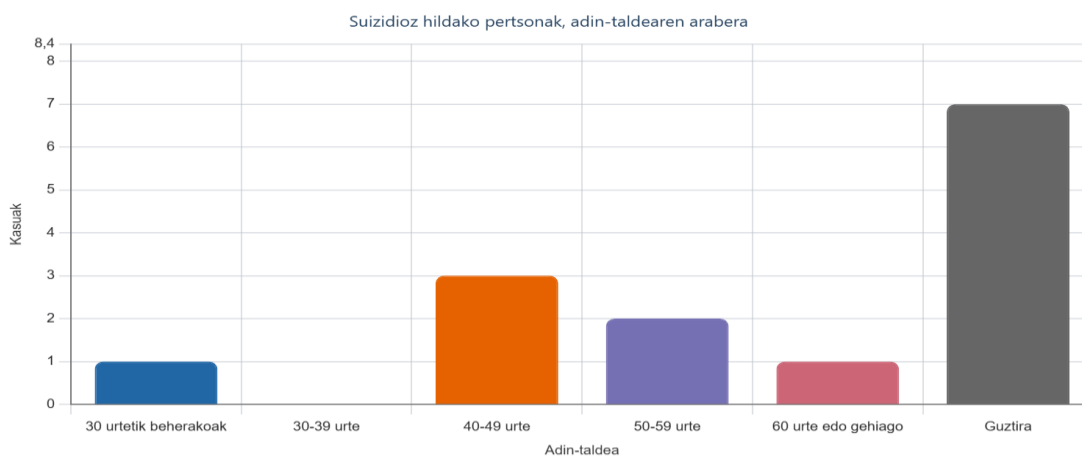
Ikuspegi soziodemografikotik, aztertutako aldian erregistratutako zazpi suizidioetatik bost nazionalitate espainiarrekoak izan ziren (% 71,4) eta bi atzerritarrak (% 28,6). Hildako pertsonen adina 22 eta 60 urte bitartekoa izan zen, 46 urte eta 48 urteko batez besteko adinarekin. Kasu gehien 40 eta 49 urte bitarteko adin-taldean gertatu ziren, non zazpi suizidioetatik hiru erregistratu baitziren (% 42,9). Hala ere, kasuen maiztasun absolutua txikia denez, emaitza horiek tentuz interpretatu behar dira eta ez dute adinarekin edo nazionalitatearekin lotutako arrisku-profil eztaba daezinik ezartzen uzten.

Nazionalitatea	Kasuak	%
Espainiarra	5	%71,4
Atzerritarra	2	% 28,6
Guztira	7	%100



Urte	Espetxe	Adina	Nazionalitatea
2022	Bizkaia	53	espainiarra
2023	Gipuzkoa	57	espainiarra
2023	Araba	48	atzerritarra
2023	Araba	22	atzerritarra
2024	Bizkaia	42	espainiarra
2024	Bizkaia	40	espainiarra
2025	Bizkaia	60	espainiarra

Adin-taldea	Kasuak	%
30 urte baino gutxiago	1	% 14,3
30-39 urte	0	% 0,0
40-49 urte	3	% 42,9
50-59 urte	2	% 28,6
60 urte edo gehiago	1	% 14,3



12.4 Jokabide autolitikoak eta kalteberatasuna: autolesioak, suizidio-saiakerak eta suizidio burutuekiko harremana

Iturria: geuk egina, espetxeek bidalitako gorabeheren erregistroetan oinarrituta.

Suizidioaren azterketa espezifiko osatze aldera, espetxeetako kalteberatasun psikologikoaren bi adierazpen nabarmen buruzko informazioa sartu da azterlanean: 2021eko urriaren 1etik 2025eko abenduaren 31ra erregistratutako autolesioak eta suizidio-saioak.

Zehaztu behar da bi datu-multzo horiek gorabeheren administrazio-erregistroetatik datozela eta, beraz, erregistroak edo partaidetzak islatzen dituztela, ez nahitaez pertsona desberdinak. Pertsona bera behin baino gehiagotan ager daiteke aztertutako aldian hainbat gertakariren protagonista izan bazen.

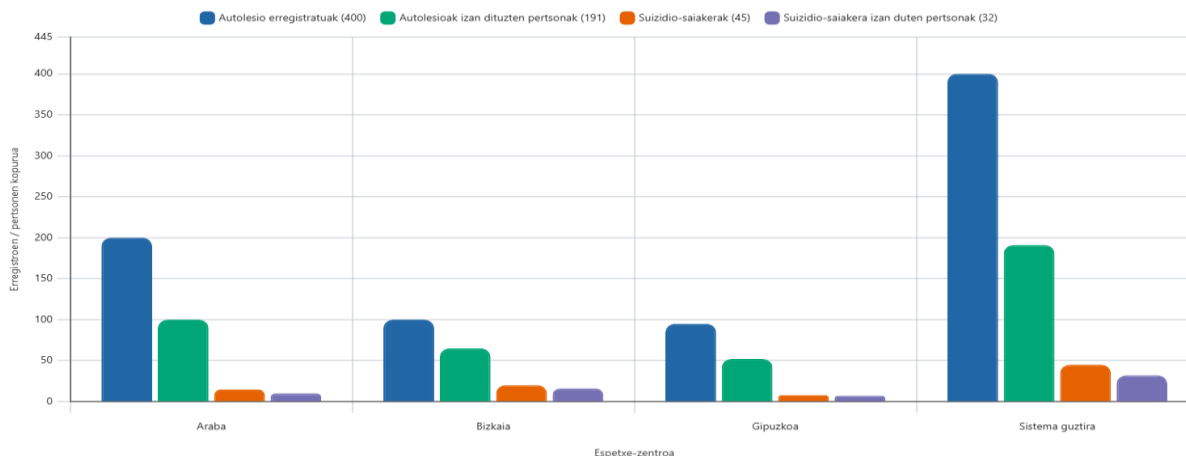
Aztertutako aldian 400 autolesio-gertaera erregistratu ziren, ISZek identifikatutako 191 barne-pertsonari zegozkienak. Espetxeen arabera, Araban 203 erregistratu ziren, Bizkaian 102 eta Gipuzkoan 95.

Suizidio-saioei dagokienez, artxiboetan 45 erregistro daude, 32 barne-pertsona bakarri dagozkienak. Lurraldeen banaketan 20 erregistro daude Bizkaian, 16 Araban eta 9 Gipuzkoan.

- **Autolesioen eta suizidio-saiakeren erregistroak. Eragindako pertsonak espetxearen arabera**

Espetxea	Autolesioak	Eragindako pertsonak	Suizidio-saioak	Eragindako pertsonak
Araba	203	100	16	11
Bizkaia	102	65	20	17
Gipuzkoa	95	54	9	8
Sistema guztira	400	191	45	32

Erregistratutako jokabide autolitikoak eta eragindako pertsonak, espetxe-zentroaren arabera

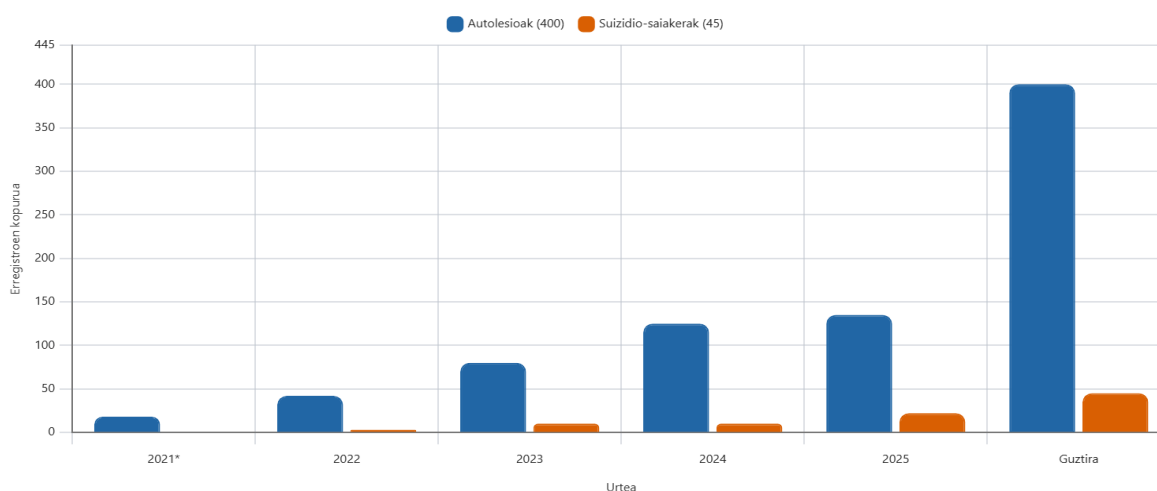


Oharra: Zentro bakoitzeko pertsona kopurua ez da nahitaez gehigarria, pertsona bera zentro batean baino gehiagotan edo aztertutako aldiko ekitaldi batean baino gehiagotan ager baitaiteke.

- Autolesioen eta suizidio-saiakeren urteko bilakaera

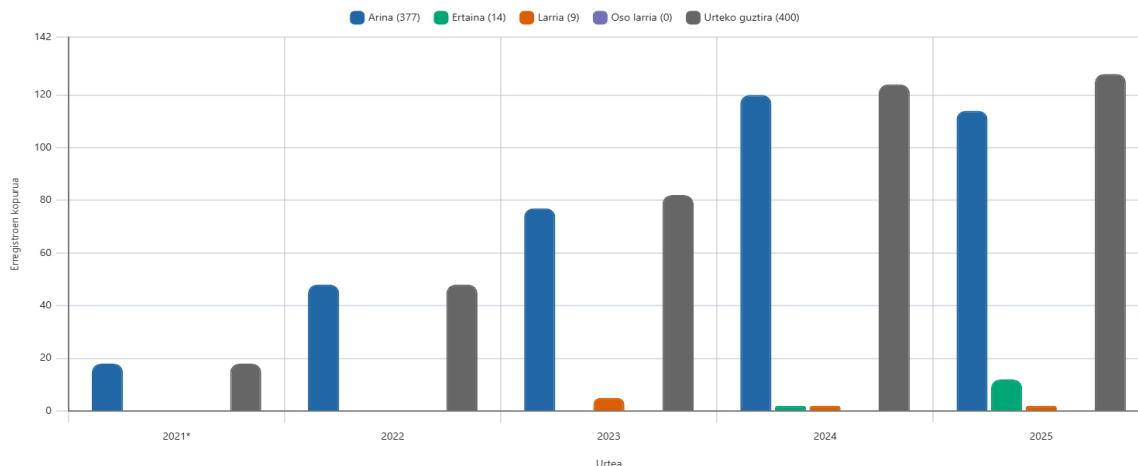
Urtea	Autolesioak	Suizidio-saioak
2021*	20	2
2022	49	5
2023	83	13
2024	125	11
2025	123	14
Guztira	400	45

Autolesioen eta suizidio-saiakeren urteko bilakaera



Autolesioak					
Urtea	Arina	Moderatua	Larria	Oso larria	Urtean, guztira
2021*	20	0	0	0	20
2022	49	0	0	0	49
2023	78	0	5	0	83
2024	121	2	2	0	125
2025	109	12	2	0	123
Guztira	377	14	9	0	400

Autolesio erregistratuen urteko bilakaera, larritasunaren arabera



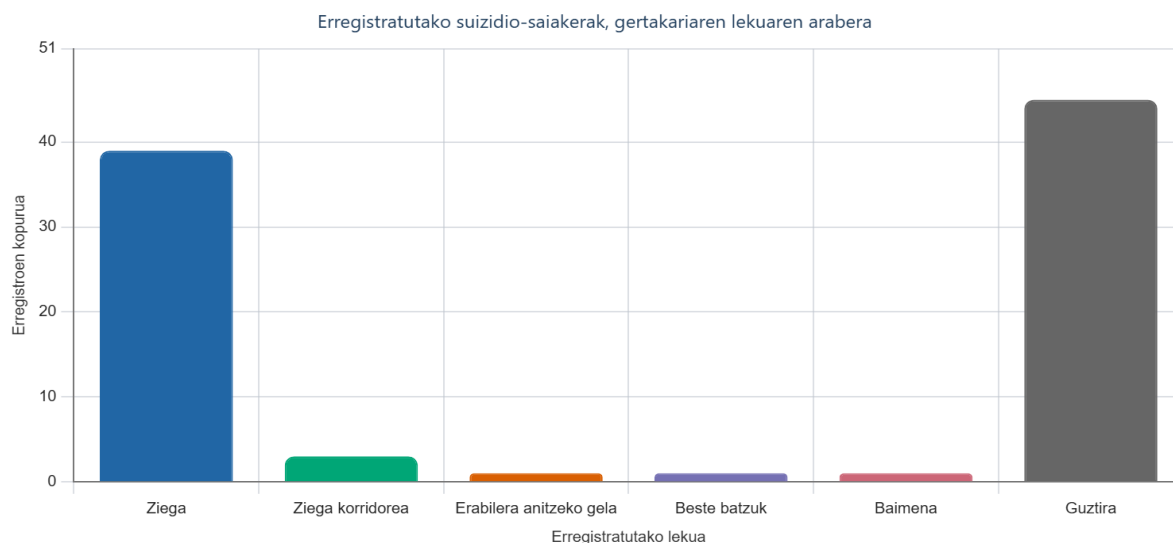
* 2021/10/01 – 2021/12/31 aldia baino ez da, eta, beraz, ez da urteko ekitaldi osoa.

Denboraren ikuspegitik, autolesioek goranzko bilakaera erakusten dute 2021etik 2024ra, urte horretan erregistroen bolumen handiena lortu baitzen, 125 gertaerarekin, eta 2025ean oso antzeko mailetan mantendu zen. Erregistro gehienak autolesio arinei dagozkie, hau da, 400 erregistroetatik 377ri. Aztertutako aldian ez da erregistratu oso larritzat sailkatutako autolesiorik.

Era berean, suizidio-saioek kontzentrazio handiagoa erakusten dute 2023, 2024 eta 2025eko ekitaldietan.

- Suizidio-saiakeren lekua

Lekua	Erregistroa	%
Ziega	39	% 86,7
Ziega-korridorea	3	% 6,7
Erabilera anitzeko gela	1	% 2,2
Bestelakoak	1	% 2,2
Baimena	1	% 2,2
Guztira	45	% 100



Gertakariaren kokapena bereziki garrantzitsua da: 45 erregistroetatik 39 ziegan gertatu ziren, hau da, kopuru osoaren % 86,7. Kontzentrazio horrek indartu egiten du behaketaren, ebaluazio klinikoaren, laguntza-neurrien eta ingurumen-kudeaketaren prebentzio-garrantzia kalteberatasun bereziko espazioetan.

- Suizidio-saiakerak errepikatzea

Adierazlea	Datua
Saiakerak dituzten pertsonak	32
Saio bat baino gehiago egin dituzten pertsonak	7
Saialdiak gehienez/pertsona bakoitzeko	4

Errepikapen-analisiak erakusten du 7 pertsona erregistratuta dagoen suizidio-saio bati baino gehiagori lotuta daudela. Oro har, pertsona horiek 45 erregistroetatik 16 biltzen dituzte, eta aztertutako aldian 4 saiakuntza erregistratu dituen pertsona bati dagokio ikusitako gehienekoa. Datu horri esker, gertakarien guztizko bolumena eta banakako ibilbide jakin batzuetan arriskuaren kontzentrazioa bereiz daitezke, eta hori bereziki garrantzitsua da prebentzioaren ikuspegitik.

- Bere buruaz beste egiten saiatzearen/autolesioaren aurrekariak, bere buruaz beste eginda hil diren pertsonen artean

Adierazlea	Datua
Aztertutako epean, buruaz beste eginda hildako pertsonak	7
Aurrez erregistratutako autolesioarekin buruaz beste eginda hildako pertsonak	0
Suizidioaren ondorioz hildako pertsonak, aldez aurretik erregistratutako saiakerarekin	0

Emaiza hori tentuz interpretatu behar da. Azkenean suizidioaren ondorioz hil diren pertsonak beren buruaz beste egiteko saiakeraren edo autolesioaren administrazio-aurrekari dokumentaturik ez edukitzeak ez du esan nahi erregistro horietan jaso ez diren faktore klinikoak, psikologikoak, sanitarioak edo arrisku-egoerakoak daudenik. Era berean, baieztatzen du arrisku suizida aldez aurretik formalki erregistratutako autolesiorik edo saiakerarik gabe ager daitekeela, eta horrek indartu egiten du kalteberatasunaren ebaluazio dimentsioaniztun batean oinarritutako detekzio-estrategia zabalak mantentzeko beharra.

Aldi berean, kointzidentziarik ez egotea bateragarria izan daiteke autolesio-erregistroen bidez edo saiakuntza-erregistroen bidez jokabide autolitikoak detektatu zaizkien pertsonak arriskua kudeatzen lagundu duten jarraipen-, ebaluazio-, laguntza- edo esku-hartze-jarduerak izan dituzten hipotesiarekin. Hala ere, eskura ditugun datuek ez dute uzten kausazko harreman zuzenik ezartzen esku-hartze horien eta talde horretan suizidiorik ez egotearen artean.

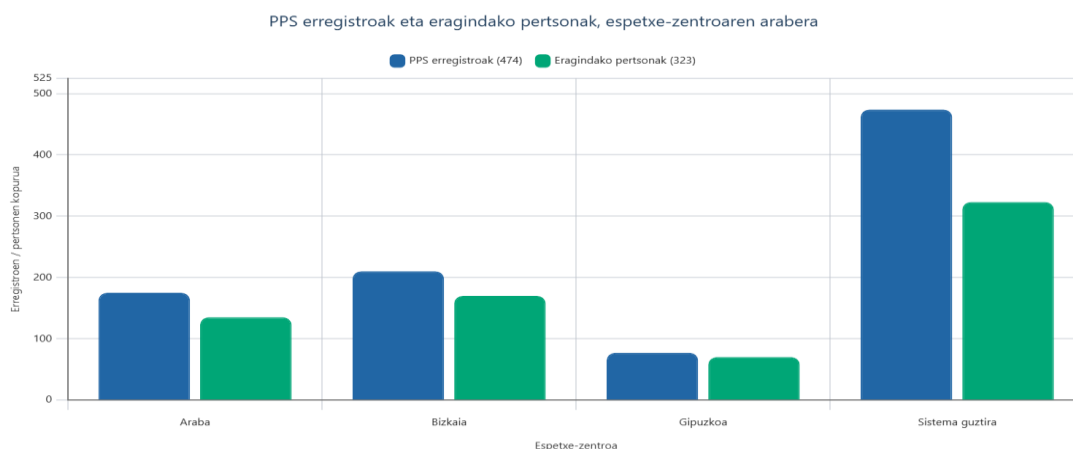
12.5 Suizidioa eta prebentziorako mekanismo instituzionalak

Suizidioei, suizidio-saioei eta jokabide autolesiboei buruzko emaitzak testuinguruan kokatzeko, 2021eko urriaren 1etik 2025eko abenduaren 31ra bitartean Suizidioak Prebenitzeko Programan (SPP) sartutako pertsonen azterketa espezifiko bat txertatu da, euskal espetxeetako zuzendaritzaren esparruan hartutako ebazpenen arabera.

Aztertutako aldian, SPPetan sartu ziren 474 erregistro identifikatu ziren, 323 barne-pertsonari zegozkienak. Kopuru horrek aukera ematen du euskal espetxe-sistemak zabaldutako prebentzio-jarduera dimentsionatzeko, eta erakusten du SPP bidez detektatutako eta kudeatutako egoeren bolumena askoz handiagoa dela aldi berean erregistratutako suizidioen kopurua baino.

- Espetxeen arabera banaketa

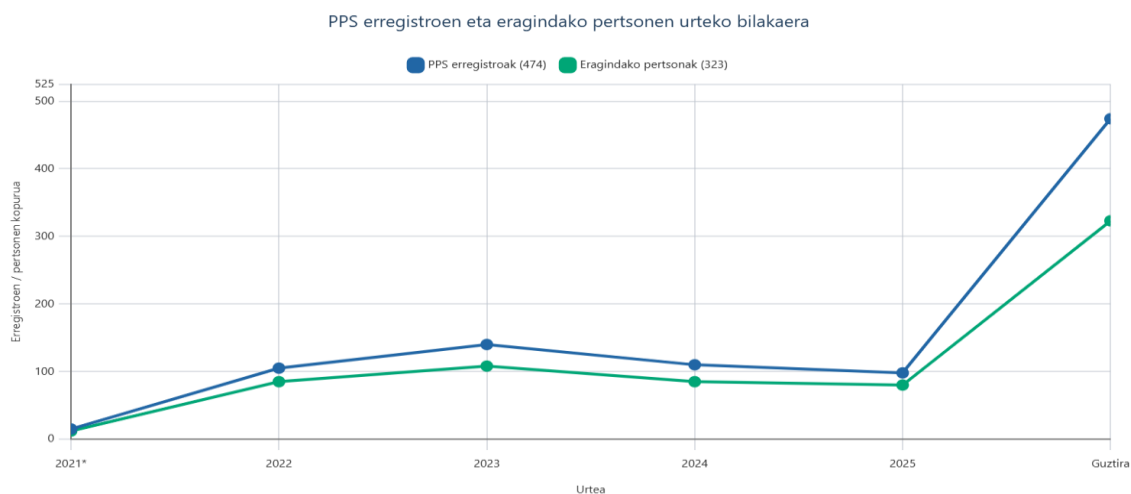
Espetxea	SPP erregistroak	Eragindako pertsonak
Araba	180	139
Bizkaia	215	170
Gipuzkoa	79	72
Sistema guztira	474	323



Lurraldeen arabera banaketak erakusten duenez, Bizkaian daude SPP erregistro gehien (215), gero Araban (180) eta, azkenik, Gipuzkoan (79). Pertsona bakarrei dagokienez, 170 pertsona identifikatu dira Bizkaian, 139 Araban eta 72 Gipuzkoan. Zentro bakoitzeko zifra horiek ez dira hertsiki gehigarriak, pertsona bera zentro batean baino gehiagotan sar zitekeelako aztertutako aldian.

- Urteko bilakaera

Urtea	SPP erregistroak	Eragindako pertsonak
2021*	17	16
2022	107	86
2023	139	109
2024	112	86
2025	99	81
Guztira	474	323



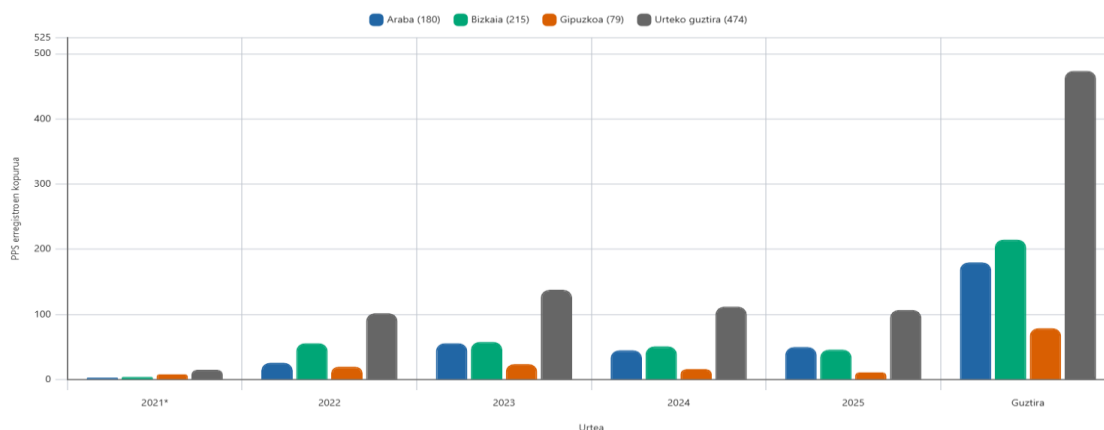
* 2021. urtea 2021/10/01 – 2021/12/31 da, eta, beraz, ez da urteko ekitaldi oso bat.

Urteko bilakaerak hazkunde nabarmena erakusten du 2021etik 2023ra, urte horretan iritsi baitzen seriearen baliorik handiena, 139 SPP erregistrorekin eta 109 pertsona bakarrekin. 2024an eta 2025ean murrizketa moderatua ikusten da 2023ko maximoarekin alderatuta, nahiz eta prebentzio-jardueraren bolumena maila altuetan mantentzen den, 112 erregistro baitzeuden 2024an eta 99 erregistro 2025ean.

- Urteko banaketa espetxearen arabera

Urtea	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Urtean, guztira
2021*	6	5	6	17
2022	29	57	21	107
2023	60	58	21	139
2024	46	48	18	112
2025	39	47	13	99
Guztira	180	215	79	474

PPS erregistroen urteko bilakaera, espetxe-zentroaren arabera



* 2021. urtea 2021/10/01 – 2021/12/31 da, eta, beraz, ez da urteko ekitaldi oso bat.

Zentroen araberako banaketak prebentzio-jarduera jarraitua erakusten du hiru establezimenduetan. Araban, bolumen handiena 2023an gertatu zen, 60 erregistroekin. Bizkaian, balio altuenak 2022an eta 2023an erregistratu ziren, 57 eta 58 erregistroekin, hurrenez hurren. Gipuzkoan, serieko zifrak ugariagoak dira, eta, gehienez ere, 21 erregistro izan dira 2022an eta 2023an.

- SPPn sartzeko arrazoia

Egoeraren arrazoia	Erregistroa	%
Tratamendua	317	% 66,9
Medikuaren agindua	117	% 24,7
Agintaritzaren eskudunaren agindua	40	% 8,4
Guztira	474	% 100

SPPetan sartzen diren gehienak tratamendu-arrazoiekin lotzen dira, guztizkoaren % 66,9, hain zuzen ere. Medikuaren aginduz egindako inklusioak % 24,7 dira, eta agintari eskudunak erabakitakoak, berriz, % 8,4. Banaketa horrek agerian uzten du SPP batez ere tratamendu-baloraziotik aktibatzen dela, nahiz eta irizpide kliniko-sanitarioek eta agintaritza eskudunaren erabakiek ere esku hartzen duten.

- Inklusioen iraupena

Iraupen-adierazlea	Eraitza
Baja-data balioduna duten erregistroak	474
Batez besteko iraupena	35,1 egun
Mediana	22 egun
Gutxieneko iraupena	1 egun
Gehieneko iraupena	722 egun

SPPko inklusioen iraupenak aldakortasun handia du. 22 eguneko medianak batez bestekoak baino erreferentzia egonkorragoa eskaintzen du, iraupen luzeko erregistro batzuek batez bestekoa 35,1 egunera igotzen baitute. Erregistro oso luzeak daudenez, komeni da adierazle hori tentuz interpretatzea; izan ere, baja-data jakin batzuek itxiera berantiarreko administrazio-egoerak, jarraipenaren jarraitutasun luzea edo zentro bakoitzeko erregistroaren berezitasunak isla ditzakete.

- SPPn inklusioak errepikatzea

Adierazlea	Eraitza
SPPn sartutako pertsona bakarrik	323
SPP erregistro bat baino gehiago dituzten pertsonak	101
SPP bat baino gehiago dituzten pertsonen lotutako erregistroak	252
Pertsona bereko SPP erregistroen maximoa	8

Analisiaren elementu garrantzitsuenetako bat inklusioak errepikatzea da. Identifikatutako 323 barneratuetatik 101ek SPPn barneratze bat baino gehiago aurkeztu zituzten aztertutako aldiari. Pertsona horiek 474 erregistroetatik 252 pilatu zituzten, eta horrek

esan nahi du programaren aktibazioen erdia baino gehiago zaugarritasun-ibilbide errepikatua edo iraunkorra duten pertsonengan kontzentratzen direla.

Eraitza horrek indartu egiten du SPP arrisku-egoera zehatz baten aurrean aktibatzeke neurri puntual gisa lantzearen garrantzia, baita urrakortasun psikologikoa, krisi pertsonalak, desoreka klinikoa edo espetxe-egokitzearen zailtasunak izan ditzaketen pertsonen luzetarako jarraipena egiteko tresna gisa ere.

- SPPko inklusioen eta burututako suizidioen arteko korrespondentzia

Azterketa indibidualizatu bat egin zen, heriotza-erregistroen eta eskura zeuden prebentzio-sistemen arteko gurutzaketa nominalaren bidez.

Adierazlea	Kasuak
Aldez aurreko SPP	0
SPP aktiboa heriotzean	0

SPPn sartutako pertsonen eta aztertutako aldiaren suizidioaren ondorioz hildako pertsonen arteko gurutzaketak ez du kointzidentziarik identifikatu. Suizidioaren ondorioz hildako zazpi pertsonetatik bat ere ez zegoen jasota aztertutako aldiaren aztertutako SPP erregistroetan.

Kontu handiz interpretatu behar da, ezin baita ondorioztatu hildakoek kalteberatasun-faktorerik ez zutenik, baizik eta aztertutako SPP erregistroetan aztergai den egoera espezifikoarekin agertzen ez zirela soilik.

12.6 Suizidioagatiko heriotza-tasak: espetxe-testuingurua eta biztanleria orokorra Euskadin

Espetxeetako biztanlerian ikusitako suizidioagatiko hilkortasunaren eta Euskadi osoan erregistratutakoaren arteko konparazioa elementu interesgarria da fenomenoaren



garrantzia testuinguruan kokatzeko eta espetxe-eremuari lotutako arrisku-faktore bereizgarriak dauden balioesteko.

Euskadin suizidioa prebenitzeko estrategiaren arabera (Osasun Saila, 2019), Euskal Autonomia Erkidegoko suizidio-tasa 100.000 biztanleko 7,67 heriotza ingurukoa zen, 2016ko datuen arabera. Oraintsuago, Eustatek argitaratutako datuek erakusten dutenez, 2023an 141 heriotza erregistratu ziren Euskadin suizidioaren ondorioz, eta 2024an 171 izan ziren. Beraz, suizidioa kanpoko heriotza-kausa nagusietako bat izaten jarraitzen du, baita osasun publikoko arazo garrantzitsu bat ere. 2024rako eskuragarri dagoen informazioari esker, 100.000 biztanleko 8 heriotza inguruko biztanleria-tasa zenbatetsi daiteke, Euskadin azken hamarkadan ikusitako mailekin koherentea den magnitudea.

Era berean, EAEko espetxe-sisteman lortutako emaitzek erakusten dute gizonak nagusitasun argia dutela suizidioaren ondoriozko heriotzen artean, eta inguruabar hori bat dator biztanleria orokorrean ikusitakoarekin. Halaber, literatura zientifikoak eta Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategiak berak kolektibo bereziki kaltebera gisa identifikatzen dituzte askatasunaz gabetutako pertsonak, buru-nahasteen prebalentzia handia, substantzien kontsumo problematikoa, aurrekari traumatikoak, gizarte-bazterketako egoerak eta bizi-gertaera estresagarriak direla eta. Estrategiak berariaz jasotzen du espetxeetan suizidioa prebenitzeko neurri espezifikoak garatzea eta indartzea.

Deskribatze aldera, tasen zenbatespen bat egin da, urteko pertsonen kontzeptu epidemiologikoa eta espetxe-tutoretzapeko biztanleriaren zenbaketa ofizialak erabiliz. Zenbatespenak 2021eko urriaren 1etik abenduaren 31ra bitarteko aldiaren berariazko haztapena jasotzen du, urtebeteko 92/365,25 zatiren baliokidea, eta aztertutako aldi osorako urteko 7.649,7 pertsonako esposizio metatua lortzen da.

Hori oinarri hartuta, honako hauek dira lortutako suizidio-tasa zenbatetsiak:

Espetxe	Suizidioak	Gutxi gorabeherako pertsonak/urteak	100.000 pertsona-urteko tasa
Bizkaia	4	2.185,7	183
Araba	2	3.836,9	52
Gipuzkoa	1	1.627,0	61
Sistema guztira	7	7.649,7	92



Euskal espetxe-sistema osorako zenbatetsitako urteko tasa, beraz, 100.000 pertsona-urteko 92 suizidio ingurukoa da. Lurraldeka, Bizkaiak du zenbatetsitako tasarik altuena, ondoren Gipuzkoak eta Arabak. Hala ere, alde horiek tentuz interpretatu behar dira, erregistratutako kasu kopuru absolutu txikia eta egindako kalkuluari datxezkion muga metodologikoak direla eta.

Biztanleria orokorraren tasekin zuzenean alderatzeak muga metodologiko handiak ditu. Euskadiko adierazleak ondo definitutako biztanleria egoiliar baten eta erregistro demografiko finkatuen gainean kalkulatzaren bitartean, azterlan honek ez du aztertutako aldi osoan espetxeetako tutoretzapean dauden pertsona bakarren erregistro osoa. Ondorioz, kalkulaturako tasak biztanleriaren esposizioaren zenbatespen batean oinarritzen dira, eta ez banaka identifikatutako pertsonen kohorte itxi batean.

Horregatik, txosten honetan jasotako emaitzak espetxeetako biztanlerian ikusitako intzidentzia testuinguruan jartzera bideratutako hurbilketa deskriptibo gisa interpretatu behar dira, metodologikoki zuzena izan gabe Euskadiko biztanleria orokorrarekiko gehiegizko arriskua zehatz-mehatz kuantifikatzea. Pertsona bakarrez eta denbora efektiboan egindako izendatzailerik ez dagoenez, ezin da konparazio epidemiologiko erabat homogeneorik egin Eustaten populazio-estatistikekin.

Muga horiek izan arren, gutxi gorabeherako alderaketak erakusten du EAEko espetxe-sistema osorako lortutako zenbatetsitako tasak (92 suizidio 100.000 pertsona-urteko) nabarmen gaitzen dituela EAEko biztanleria orokorrean erregistratu ohi diren tasak (8 heriotza inguru 100.000 biztanleko eta urteko). Hori bat dator espetxeetan jokabide suizidarako dauden arrisku-faktoreen kontzentrazio handiarekin eta nazioarteko literatura zientifikoak behin eta berriz deskribatutako emaitzekin.

Nolanahi ere, aztergai den epealdian zazpi suizidio gertatu izanak (horietako sei espetxeetan gertatu ziren) fenomeno horrek bizitzaren babesaren, osasun mentalaren eta arriskuaren kudeaketa instituzionalaren ikuspegitik duen garrantzia berresten du. Errealitate horrek justifikatzen du suizidioaren prebentzioa Euskal Espetxe Administrazioaren eta Osakidetzaaren lehentasun estrategiko iraunkor gisa mantentzea

13 ONDORIOAK

2021eko urriaren 1etik 2025eko abenduaren 31ra bitartean EAEko Espetxe Administrazioaren tutoretzapeko pertsonen artean erregistratutako hilkortasunaren analisiak aukera ematen du Euskal Autonomia Erkidegoak espetxe-eskumenak bereganatu ondorengo aldian ikusitako hilkortasun- eta kalteberatasun-eredu nagusiak identifikatzeko.

Aztertutako aldian 37 heriotza erregistratu ziren espetxe-zaintzapeko biztanleriaren hazkunde iraunkorreko testuinguru batean. Heriotza gehienak espetxeetatik kanpo gertatu ziren, eta horrek islatzen du ingurune irekiko betetze-modalitateek eta kanpoko baliabide sanitario eta soziosanitarioen erabilerak lortutako garrantzia.



Arrazoi naturalak izan ziren heriotza-kausa nagusia, eta erregistratutako heriotzen erdia baino gehiago izan ziren. Adinaren arabera banaketak adin handiko pertsonen presentzia nabarmena erakusten du, eta horrek agerian uzten du espetxeetako tutoretzapeko biztanleriaren zati batek gero eta konplexutasun sanitario eta soziosanitario handiagoa duela.

Arrazoi ez-naturalen artean, suizidioa da fenomeno garrantzitsuena. Aztertutako aldian zazpi suizidio gauzatu ziren, sistemako hiru espetxeetan banatuta. Erregistratutako kasuek profil soziodemografiko desberdinak dituzte adinari, nazionalitateari eta atxikitze-zentroari dagokienez, eta ezin da arrisku-profil bakar bat identifikatu eskura dagoen informaziotik abiatuta.

Prebentzio-jarduerari buruzko informazioak erakusten duenez, aztertutako aldian 474 sarrera erregistratu ziren Suizidioak Prebenitzeko Programan, 323 barneraturi zegozkienak. Datu horiek agerian uzten dute prebentzio-jardura jarraitua eta ebaluazio-eta babes-mekanismo instituzionalek hautemandako kalteberatasun-egoeren bolumen esanguratsua dagoela.

Era berean, ikerketak 400 autolesio-erregistro identifikatu ditu, 191 barneraturi eta 45 suizidio-saiakerari dagozkienak, 32 barneraturi dagozkienak. Bi fenomeno horiek kalteberatasun psikologikoaren adierazle garrantzitsuak dira, eta aztertutako aldian presentzia iraunkorra erakusten dute. Erregistratutako autolesio gehienak arinak izan ziren, eta suizidio-saioek, berriz, pertsona kopuru txikiagoari eragin zioten; gainera, kasu indibidual jakin batzuetan, errepikatze-egoerak hauteman ziren.

Suizidioak, SPPetan sartzeak, autolesioak eta suizidio-saiakerak eragindako heriotzen artean egindako gurutza-eten analisiak ez zuen identifikatu bat zetozenik suizidioak hildako pertsonen eta datu-base horietan erregistratutako pertsonen artean. Suizidioaren ondorioz hildako pertsona bakar batek ere ez zuen SPPn sartu izanaren aurrekari dokumentaturik, ezta autolesiorik edo aztertutako erregistroetan bere buruaz beste egiten saiatu zenik ere, eta kasuetako batek baino ez zuen alde aurreko laguntza-aurrekaririk.



Oro har, lortutako emaitzek erakusten dute aztertutako aldiari behatutako heriotza-tasa bi esku-hartze eremu nagusirekin lotzen dela funtsean: batetik, gaixotasunaren, zahartzearen eta konplexutasun soziosanitarioaren prozesuei arreta ematea, eta, bestetik, zaurgarritasun psikologikoko, arrisku autolitikoko eta suizidioko egoerei aurrea hartzea. Bi eremu horiek dira euskal espetxe-sistemaren osasun-, laguntza- eta prebentzio-kudeaketarako identifikatutako erronka nagusiak.

14 EZTABAIDA, MUGAK ETA AZKEN GOGOETAK

14.1 Emaitzen interpretazio orokorra

Lortutako emaitzek erakusten dute euskal espetxe-sistemako heriotza-tasa fenomeno konplexua dela, eta osasun-, gizarte-, espetxe- eta psikologia-faktoreek bat egiten dutela. Batez ere gaixotasunarekin eta zahartzearekin lotutako hilkortasuna eta suizidioarekin eta kanpoko beste kausa batzuekin lotutako hilkortasuna batera daudenez, analisiari dimentsio anitzeko ikuspegi batetik heldu behar zaio, osasun-arretako, esku-hartze soziosanitarioko eta arriskuen prebentzioko estrategiak konbinatuz.

Era berean, heriotzen banaketak agerian uzten du espetxez kanpo garatutako betetze-modalitateek hartu duten garrantzia. Erregistratutako heriotza gehienak ingurune irekian edo kanpoko osasun-baliabideetan gertatu ziren, eta horrek agerian uzten du osasuna babesteko eta espetxe-tutoretzapean dauden pertsonen jarraipena egiteko erantzukizuna harresi-barrukoa baino handiagoa dela.

Heriotzak, suizidioak, autolesioak, suizidio-saiakerak eta Suizidioak Prebenitzeko Programan egindako txertaketak batera aztertuta, gainera, suizidio-kasuak ahultasun psikologikoaren testuinguru zabalago batean koka daitezke. Datuek erakusten dutenez, arrisku autolitikoa gaur egungo eta etengabeko errealitatea da espetxe-sisteman, nahiz eta haren adierazpenak hainbat forma eta intentsitate-maila hartzen dituen, hala nola prebentzioz detektatutako ondorez emozionaleko egoerak, jokabide autolesiboak edo suizidio burutuak.



Oro har, emaitzek prebentzioaren ikuspegi integralari eusteko beharra indartzen dute, bai kalteberatzat identifikatutako pertsonen arretan, bai formalki ezarritako prebentzio-mekanismoetatik kanpo gara daitezkeen eta sortzen ari diren arrisku-egoerak detektatzeko gaitasunean oinarrituta.

14.2 Jokabide autolesiboak, prebentzio-programak eta zaurgarritasun psikologikoa

Autolesioen, suizidio-saiakeren eta Suizidioak Prebenitzeko Programan txertatzearen erregistroak azterketan sartzeak nabarmen zabaltzen du analisiaren interpretazio-gaitasuna. Oro har, adierazle horiek aukera ematen dute espetxeetako kalteberatasun psikologikoko egoeretara hobeto hurbiltzeko, sufrimendu emozionalaren jokabide-adierazpenak eta prebentziorako mekanismo instituzionalek antzemandako arrisku-egoerak integratuz.

Suizidioak Prebenitzeko Programan erregistratutako 474 inklusioek, 323 barneraturi dagozkienak, agerian uzten dute profesionalki balioetsitako egoeren bolumen handi bat dagoela, jarraipen, behaketa edo esku-hartze espezifikoa eska dezaketenak. Zifra horiek agerian uzten dute prebentzio-jarduera etengabea dela, eta suizidioez haratago, arrisku suizida interpretatzeko aukera ematen dute.

Bestalde, autolesioen erregistroek erakusten dute sufrimendu psikologikoko, egokitze zailtasuneko, osasun mentaleko arazoetako edo krisi pertsonaletako egoera ugari daudela. Gertaera gehienak arintzat sailkatu ziren arren, prebentzioaren garrantzia kalteberatasunaren adierazle goiztiar gisa jarduteko eta laguntza- eta jarraipen-neurrien aktibazioa errazteko gaitasunean datza.

Suizidio-saioek garrantzi bereziko informazio osagarria ematen dute, larritasun potentzial handiagoko egoerak islatzen baitituzte. Kasu batzuetan ikusitako errepikapenak ibilbide indibidual bereziki kalteberak daudela iradokitzen du, denboran zehar arrisku-faktoreen iraunkortasuna edo berragerpena ezaugarri dutenak.



Adierazle horien multzoak baieztatzen du kalteberatasun psikologikoa errealitate esanguratsua dela euskal espetxe-sistemaren barruan, eta indartu egiten du arrisku- eta asistentzia-maila desberdinetara egokitze gai diren detekzio goiztiarreko, ebaluazio klinikoko eta esku-hartze espezializatuko mekanismoak izatearen garrantzia.

14.3 Burututako suizidioen eta arrisku-adierazleen arteko gurutzaketen interpretazioa.

Ikerketaren aurkikuntza garrantzitsuenetako bat da ez dagoela kointzidentziarik suizidio burutuen eta autolesioen, suizidio-saiakeren eta Suizidioak Prebenitzeko Programan sartzearen erregistroen artean. Suizidioaren ondorioz hildako pertsona bakar bat ere ez zen agertzen prebentzio-mekanismo horien bidez detektatutako pertsonen artean, eta ez zuen autolesioen edo saiakeren aurrekari dokumentaturik aztertutako datu-baseetan.

Eraitza horrek agerian uzten ditu, lehenik eta behin, portaera suizida iragartzeko edozein sistemari dagozkion mugak. Eskura dagoen ebidentziak erakusten du arrisku-egoera guztiak ez direla alde aurretik identifika daitezkeen seinaleen bidez edo erregistratutako jokabide autolitikoen bidez agertzen. Krisi-prozesu jakin batzuk azkar, modu diskretuan edo nekez detekta daitezkeenean gara daitezke, eskura dauden adierazleetatik abiatuta.

Aldi berean, emaitzak bateragarriak dira detektatzeko eta babesteko mekanismoek kaltebera gisa identifikatutako pertsonen zati garrantzitsu batean esku hartzeko aukera ematen duten hipotesiarekin. Eskura ditugun datuek kausalitate-erlazioak ezartzeko aukerarik ematen ez badute ere, prebentzio-erregistroetan zeudenen artean suizidiorik ez egotea elementu koherentetzat interpreta daiteke detektatutako kasuei aplikatutako ebaluazio-, jarraipen- eta babes-neurrien erabilgarritasunarekin.

Ondorioz, emaitzek ez dute iradokitzen prebentzio-jarduerarik ez dagoenik, baizik eta bi errealitate osagarri daudela: alde batetik, instituzionalki identifikatutako eta kudeatutako arrisku-egoeren bolumen handia; eta, bestetik, garaiz detektatzeko eskura dauden mekanismoei ihes egin diezaieketen kalteberatasun-egoeren iraunkortasuna.

14.4 Azterketaren mugak

Lortutako ondorioak hainbat muga metodologiko kontuan hartuta interpretatu behar dira. Lehenengo muga aztertutako aldian erregistratutako suizidio kopuru txikitik dator. Osasun publikoaren eta prebentzioaren ikuspegitik aldeko albistea bada ere, mugatu egiten du horrelako heriotzei lotutako analisi estatistiko sendoak egiteko edo eredu sendoak identifikatzeko aukera.

Era berean, erabilitako informazioa batez ere helburu operatiboekin egindako administrazio- eta osasun-erregistroetatik dator. Horren ondorioz, baliteke faktore kliniko, psikologiko, familiar edo sozial garrantzitsu batzuk eskuragarri dauden datu-baseetan erabat islatuta ez egotea.

Era berean, autopsietatik, auzitegi-txostenetatik edo ikerketa judizialeetatik datorren informazioa sistematikoki eskuratzeko zailtasuna aipatu behar da, eta horrek heriotzekin lotutako kausazko analisi jakin batzuen sakontasuna mugatzen du.

Bestalde, SPPren erregistroek, autolesioek eta suizidio-saioek sistemak detektatutako kasuak ezagutzeko aukera ematen dute, baina ez dute bermatzen dauden kalteberatasun-egoera guztiak identifikatzea. Ondorioz, emaitzak benetan erregistratutako eta dokumentatutako fenomenoaren ikuspegitik interpretatu behar dira beti.

14.5 Azken gogoetak eta gomendioak.

Lortutako emaitzek agerian uzten dute euskal espetxe-sisteman saihests daitekeen hilkortasunaren prebentzioak hurbilketa integral bat behar duela, zahartzeak eta gaixotasunak eragindako osasun-premiak aldi berean kontuan hartuko dituen, bai eta osasun mentalari eta jokabide suizidari lotutako arriskuak ere.

Aztertutako informazioak berretsi egiten du baliagarria dela informazio-sistema integratuak garatzen jarraitzea, honako hauek erlazionatzeko: heriotzak, burututako



suizidioak, autolesioak, suizidio-saiakerak, Suizidioak Prebenitzeko Programan sartzea, laguntza-neurriak eta beste kalteberatasun-adierazle batzuk. Fenomeno horien ikuspegi integratuak arrisku-patroiak identifikatzea eta ezarritako prebentzio-neurriak ebaluatzea erraztuko du.

Era berean, komenigarritzat jotzen da Euskal Espetxe Administrazioaren eta Osakidetzaren arteko koordinazioa indartzen jarraitzea, bai eta askatasunaz gabetutako pertsonen arretan inplikaturako laguntza-baliabideen artekoa ere, bereziki osasun mentalaren, arriskuaren ebaluazio klinikoaren eta kalteberatasun bereziko egoeren jarraipenaren eremuetan.

Azkenik, emaitzek iradokitzen dutenez, suizidioaren prebentzio eraginkorrak ezin du aurrekari autolitikoen identifikazioan edo babes-programa espezifikoaren aktibazioan soilik oinarritu. Ikusitako prozesuen konplexutasunak prebentzio-estrategia zabalak, dinamikoak eta diziplina anitzekoak izatea eskatzen du, kalteberatasun-faktore ugari goiz detektatzeko eta Euskal Espetxe Administrazioaren tutoretzapeko pertsonak etengabe babesteko.

BIBLIOGRAFIA ERREFERENTZIAK

Osasun Saila. (2019). *Euskadin suizidioa prebenitzeko estrategia*. Eusko Jaurlaritza.

Eustat. *Heriotzen estatistika, heriotza-arrazoien arabera*. Eusko Jaurlaritza.

1/1979 Lege Organikoa, irailaren 26koa, Espetxeen Lege Orokorra.

Osasunaren Mundu Erakundea. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. World Health Organization

I ERANSKINA

BIZTANLERIAREN ESPOSIZIOA, HILKORTASUNA ETA SUIZIDIOAREN ERAGINA ZENBATESTEKO METODOLOGIA

A.1. Eranskinaren helburua

Eranskin honen helburua da 2021eko urriaren 1etik 2025eko abenduaren 31ra bitartean Euskal Espetxe Administrazioaren tutoretzapeko pertsonen artean erregistratutako heriotzak testuinguruan kokatzeko erabilitako metodologia deskribatzea.

Hilkortasuna eta, zehazki, suizidioaren ondoriozko hilkortasuna aztertzeko, datu absolutuak erabil daitezke, edo heriotza horiek arriskuaren eraginpean dagoen biztanleriarekin lotzen dituzten adierazleak. Helburu horrekin, biztanleria-esposizioaren zenbatespen bat egin da, urteko pertsonen kontzeptu epidemiologikoa erabiliz. Kontzeptu hori asko erabiltzen da populazio dinamikoen intzidentziari eta jarraipenari buruzko azterlanetan.

Lortutako zenbatespenek behatutako datuak testuinguruan kokatzeko eta emaitzen interpretazioa errazteko aukera ematen dute, aurrerago deskribatuko diren metodologia-mugei kalterik egin gabe.

A.2. Erabilitako informazio-iturriak

Eranskin honetan jasotako zenbatespenak honako iturri hauetan oinarritzen dira:

- Euskal Espetxe Administrazioaren tutoretzapeko pertsonen heriotzen erregistro bateratua.
- Espetxeetako tutoretzapeko biztanleriaren zenbaketa ofizialak, 2021-2025 aldiari dagozkionak.
- Suizidioak Prebenitzeko Programaren erregistroak.
- Laguntza-aginduen erregistroak.

- Eustatek argitaratutako informazio estatistikoa, Euskadin suizidioak eragindako hilkortasunari buruzkoa.
- Euskadin suizidioa prebenitzeko estrategia (Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza, 2019).
- Dokumentazio administratiboa eta aztertutako heriotzak direla-eta egindako barne-ikerketak.

Informazioak arazketa- eta baliozkotze-prozesu bat izan du, bikoiztasunak ezabatzeko, kategoriak homogeneizatzeko eta txostenean erabilitako datuen koherentzia egiaztatzeko.

A.3. Pertsonak-urtea kalkulatzeko metodologia

Pertsona/urte bat urte oso batean behatutako pertsona baten baliokidea da. Adibidez:

- Urtebetez jarraitutako pertsona batek pertsona-urte bat sortzen du.
- bi pertsonak, jarraian, sei hilabetez, urteko pertsona bat sortuko dute elkarrekin.
- Hiru hilabetez jarraitutako lau pertsonak pertsona bana sortzen dute urtean.

Aزتutako aldian espetxeetako tutoretzapean egondako pertsona guztien benetako denborari buruzko informazio indibidualizaturik ez dagoenez, hurbilketa bat egin da, aldi desberdinetan eskuragarri dauden populazio-zenbaketak erabiliz.

Biztanleriaren esposizioa ondoz ondoko bi behaketen artean dagoen biztanleriaren batez bestekoaren bidez kalkulatu da, dagokion tartearekin biderkatuta:

Urteko pertsonak = $[(\text{Hasierako biztanleria} + \text{Amaierako biztanleria})/2] \times \text{tartearen iraupena}$

Prozedura horri esker, populazio-kurbaren azpiko eremua hurbil daiteke eta metatutako esposizioaren arrazoizko estimazioa lor daiteke.

A.4. Enplegatutako biztanleen zenbaketak

Fecha	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Guztira
2021/10/01	818	441	340	1.599
2021/12/31	821	478	335	1.634
2022/12/31	906	520	382	1.808
2023/12/31	866	531	382	1.779
2024/12/31	922	530	413	1.865
2025/12/31	1.052	500	395	1.947

Kontuan izan behar da aztertutako aldia 2021eko urriaren 1ean hasten dela, Euskal Autonomia Erkidegoak espetxe-eskumenak bere gain hartzen dituen egunean. Ondorioz, 2021eko ekitaldia ez da urte oso bat, 2021eko urriaren 1etik abenduaren 31ra bitarteko aldia baizik.

A.5. Kalkuluaren adibide praktikoa

Bizkaiko espetxeko esposizio-urteko pertsonak zenbatesteko, ondoz ondoko bi zenbaketen artean dagoen biztanleriaren batez bestekoa erabili da, tarte bakoitzaren iraupenaren arabera haztatuta.

- 2021eko urriaren 1etik abenduaren 31ra

92 eguneko aldi partziala denez, honela haztatuko da: $92/365,25 = 0,2519$

Ponderazio hau aplikatuz: $[(441 + 478) / 2] \times [92 / 365,25] = 115,7$ pertsona-urte

- 2022. urtea: $(478 + 520) / 2 = 499,0$ pertsona-urte

- 2023. urtea: $(520 + 531) / 2 = 525,5$ pertsona-urte

- 2024. urtea: $(531 + 530) / 2 = 530,5$ pertsona-urte

- 2025. urtea: $(530 + 500) / 2 = 515,0$ pertsona-urte

Beraz, 2021eko urriaren 1etik 2025eko abenduaren 31ra bitartean Bizkaiko Espetxearentzat zenbatetsitako esposizio metatua 2.185,7 pertsona-urtekoa da.

A.6. Populazio-esposizio metatuaren zenbatespena

Espetxea	Zenbatetsitako pertsonak/urtea
Araba	3.836,9
Bizkaia	2.185,7
Gipuzkoa	1.627,0
Sistema guztira	7.649,7

Zifra horiek dira txosten honetan jasotako hilkortasun- eta suizidio-tasak zenbatesteko erabilitako oinarria.

A.7. Heriotza-tasen zenbatespena

Hilkortasun-tasa formula honen bidez kalkulatzen da: $\text{Hilkortasun-tasa} = (\text{Heriotza kopurua} / \text{Urteko pertsona zenbatetsiak}) \times 100.000$

Espetxe	Heriotzak	Zenbatetsitako pertsonak/urtea	100.000 pertsona-urteko tasa
Bizkaia	22	2.185,7	1006
Araba	12	3.836,9	313
Gipuzkoa	3	1.627,0	184
Sistema guztira	37	7.649,7	484

A.8. Suizidio-tasen zenbatespena

Aztertutako aldian 7 suizidio gertatu ziren:

- Bizkaia: 4 kasu.
- Araba: 2 kasu.
- Gipuzkoa: kasu 1.

Suizidio-tasa honako formula honen bidez kalkulatzen da: $\text{Suizidio-tasa} = (\text{Suizidio kopurua} / \text{Urteko pertsona zenbatetsiak}) \times 100.000$

Espetxe	Heriotzak	Zenbatetsiak pertsonak-urtea	Tasa 100.000 pertsonak-urtea
Bizkaia	4	2.185,7	183
Araba	2	3.836,9	52
Gipuzkoa	1	1.627,0	61
Sistema guztira	7	7.649,7	92

A.9. Muga metodologikoak

Eranskin honetan jasotako zenbatespenak zuhurtziaz interpretatu behar dira, hainbat muga metodologiko daudelako.

Lehenik eta behin, gaur egun ez dago espetxeetako tutoretzapean dauden pertsona bakarren erregistro finkatu eta arazturik aztertutako aldi osoan. Horrek eragotzi egiten du banakako identifikadore bakarretan oinarritutako kohorte oso bat eraikitzea, eta mugatu egiten du intzidentzia-estimazioen zehaztasuna.

Bigarrenik, erabilitako zenbaketek denboraren une zehatzetan hartutako populazio-argazkiak irudikatzen dituzte, eta ez dute aukerarik ematen pertsona bakoitza espetxeko tutoretzapean zenbat denbora egon den zehazki jakiteko.

Era berean, aztertutako biztanleriaren ezaugarriak eta Euskadiko estatistika ofizialetan erabilitako biztanleria orokorrarenak oso desberdinak dira, bai osaera soziodemografikoagatik, bai jokabide suizidarekin lotutako kalteberatasun-faktoreen prebalentzia handiagatik.

Horregatik guztiagatik, kalkulaturako tasak gutxi gorabeherako zenbatespentzat hartu behar dira, eta ez behin betiko adierazle epidemiologikotzat.

A.10. Interpretazio-kontsiderazioak

Eranskin honetan jasotako zenbatespenen helburu nagusia deskriptiboa eta interpretaziozkoa da. Helburua ez da heriotza edo suizidioaren banakako arriskua zehaztasun epidemiologikoz zehaztea, baizik eta metatutako populazio-esposizioaren arrazoizko hurbilketa bat eskaintzea eta aztertutako aldian behatutako heriotzak testuinguruan kokatzea erraztea.

Ondorioz, tasak honako hauekin batera interpretatu behar dira:

- Heriotzen datu absolutuak.
- Tutoretzapeko biztanleriaren bilakaera.
- Espetxeetako biztanleriaren ezaugarri espezifikoak.
- Arestian deskribatutako muga metodologikoak.

Espetxe-zaintzapean dauden pertsona bakarren datu-base finkatuaren etorkizuneko eskuragarritasunak eragin-zenbatespen sendoagoak eta osasun- eta demografia-estatistikako sistema ofizialetan erabilitakoekin guztiz alderagarriak lortzea ahalbidetuko luke.