

Talla baja, cuando supone una cuestión de discriminación para acceder al mundo laboral

Garaiera txikia, lan-munduan txertatzeko diskriminazio-arrazoia denean

I. Díez López^{1,2}, A. Sarasua Miranda¹,
I. Lorente Blázquez¹, M. Carraza Ferrer³

¹Sección Endocrinología Infantil. H. Universitario Araba –OSI Araba–. Hospital Universitario de Álava. Vitoria. ²Departamento de Pediatría. UPV-EHU. ³Hospital Nuestra Señora de Meritxel. Andorra.

INTRODUCCIÓN

La OMS define salud como bienestar físico, psíquico, y/o social. La talla como elemento de salud está plenamente caracterizada (déficit de GH, PEG, enfermedad sistémica); pero no se tiene en consideración en otros aspectos. Otro elemento es que la diferencia media de talla entre mujeres y hombres según somatometría es de en torno a 13 cm por dimorfismo sexual.

Los pediatras somos especialmente sensibles con la problemática de la talla baja, siendo a su vez un motivo de preocupación y de consulta para las familias. En la práctica diaria se considera como talla patológica aquella que no se ajusta a gráficas de normalidad (< 2 SDS), aquella que tiene un ritmo de crecimiento patológico o aquella que no se ajusta al patrón familiar.

Un elemento muchas veces obviado por la Sanidad es el condicionamiento que puede generar en una persona en sus salidas profesionales, tanto en la actividad pública como privada. Esto parece ser más evidente en el sexo femenino que en el masculino.

El sistema sanitario contempla el tratamiento (con Ghrh) en talla patológica que cumpla unos requisitos (déficit, PEG...), con diferencia significativa a talla diana familiar (> 1 SDS) o por debajo de talla poblacional (< -2 SDS) sin considerar dimorfismo sexual.

OBJETIVOS

Estudiar las diferencias de requisitos en cuestión de talla en diversas profesiones públicas y privadas, comparándolo entre sexos y en relación a las diferentes tablas somatométricas de uso habitual en España y en Euskal-Herria/Nafarroa/Catalunya.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio legislación actual de requisitos de admisión a pruebas de selección (España 2017) tanto para hombres como mujeres. Comparativas con Orbeagozo 2004, 2011 y Españolas 2010. Estudio estadístico SPSS 11.0 X2 para muestras pareadas no paramétricas (SE $p < 0,05$).

RESULTADOS

Dieciséis profesiones de carácter público relacionadas con el Servicio público o de ámbito privado con regulación pública por su relación con la atención a personas o transporte público; en las que han sido estudiadas, para la variable talla y sexo. Legislación española/regional 2017 (Tabla I).

Se evidencia que los criterios de selección consideran talla adulta según patrones (gráficas de normalidad) habituales en el ámbito pediátrico, pero con evidentes diferencias por sexo.

De las 16 profesiones, 13 consideran la talla como elemento limitante (82%) de acceso a las pruebas de selección.

La talla media solicitada para hombre fue de 166,41 (SDS 7,6) [165-175] frente a la mujer de 162,08 (SDS 7,4) [160-170]. Si se hace referencia a la talla media de los diferentes patrones de normalidad, se evidencia que dichas tallas corresponden a diferentes puntos de las gráficas (Tabla II).

Existen diferencias significativas en la diferencia de cm entre mujeres y hombres ($P = 0,001$) y las SDS en talla que supone ($P = 0,0001$).

CONCLUSIONES

Existen diferencias significativas entre los requisitos de diferentes profesiones/cuerpos entre ambos sexos.

En todo caso siempre es más desfavorable para el sexo femenino que para el masculino, pudiendo llegar a limitar al acceso, a fecha actual, de media al 25-40% de las mujeres según profesión y tablas de normalidad frente al solo 5% de las personas de sexo masculino.

Aunque una argumentación sería la talla para valorar la capacidad física, existen otras variables a considerar, como el IMC, la masa magra/grasa, etc., que resultarían más fiables. Además, parte de estas variables pueden ser valoradas de forma indirecta en las pruebas físicas. Otra argumentación esgrimida es que la mayor parte de estas profesiones suponen un riesgo físico, una capacidad inti-

TABLA I.

| | Talla mínima (en cm) | | Talla máxima (en cm) |
|-----------------------|----------------------|-------|----------------------|
| | Hombre | Mujer | |
| Ertzaintza | 165 | 160 | 200 |
| Bombero Euskadi | 162 | 160 | 195 |
| Policía Local Euskadi | 165 | 160 | 202 |
| Policía Foral Euskadi | 170 | 165 | 202 |
| Bombero Foral Navarra | - | - | 202 |
| Guardia Civil | 165 | 160 | 203 |
| Guardia Real | 165 | 160 | 203 |
| Ejército Español* | 160 | 160 | 203 |
| Policía Nacional | 165 | 160 | 203 |
| Mosso d'Esquadra | 165 | 160 | 203 |
| Bombero Nacional | - | - | - |
| Piloto comercial 1 | - | - | 183 |
| Piloto comercial 2 | - | - | 205 |
| Azafata (TCP)** | 170 | 165 | - |
| Azafata (IFEMA)** | 175 | 170 | - |
| Seguridad privada | 170 | 165 | - |

*Se baraja 155. **IMC entre 18-25.

midatoria o de manejo de equipamiento. Sin embargo, el ejército regular es el menos exigente, el material bélico y otro equipamiento ha visto reducido su tamaño y mejorado su capacidad de manejo; sin olvidar que existen dentro de estos cuerpos profesionales puestos administrativos, científicos, de mando o de otro tipo donde la altura no es un factor determinante.

El pediatra, como especialista del crecimiento infantil, el cual tiene sus repercusiones en el adulto, debe ser sensible y conocedor de estos temas, ya que pueden condicionar y limitar gravemente el futuro profesional de las personas.

Se postula o bien cambiar los requerimientos para las mujeres, ajustándose a P5 como en el caso masculino, o valorar la consideración de la talla baja familiar (sobre todo femenina) como un condicionamiento futuro, una posible minusvalía física en relación al campo profesional, requiriéndose un cambio en la concepción de los planteamientos terapéuticos y/o soluciones médicas en algún caso.

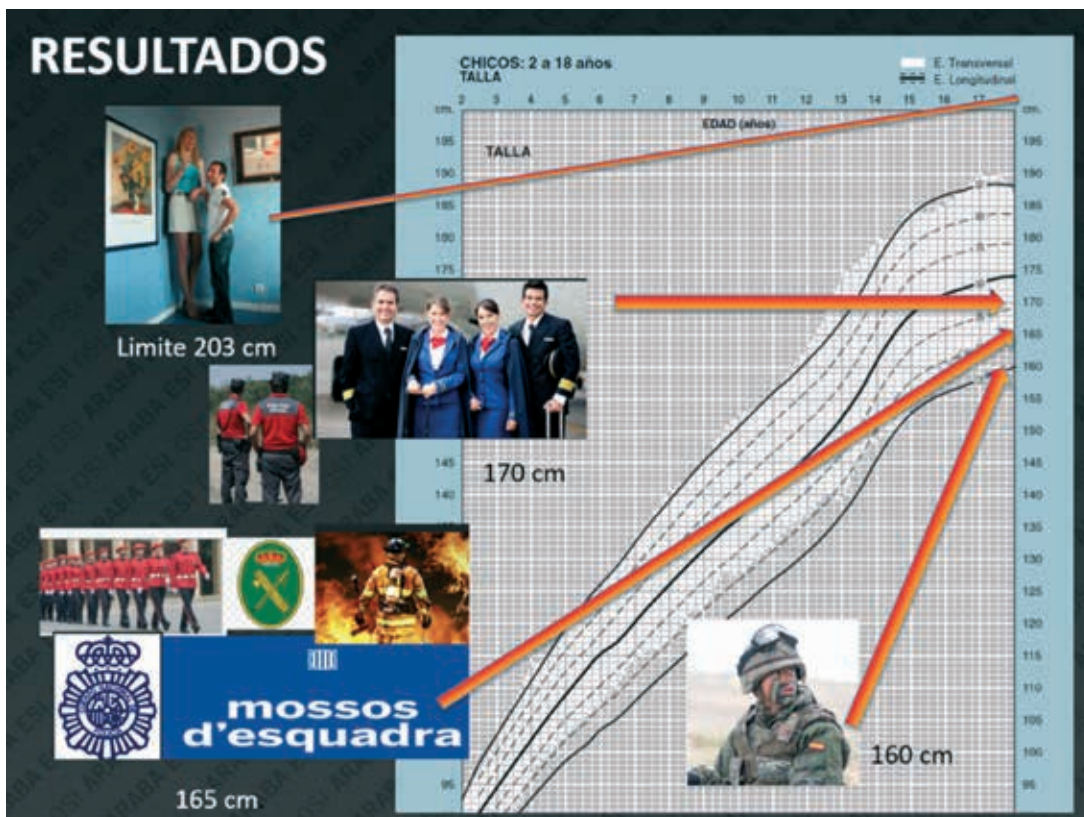


Figura 1. Resultados gráficos en chicos.

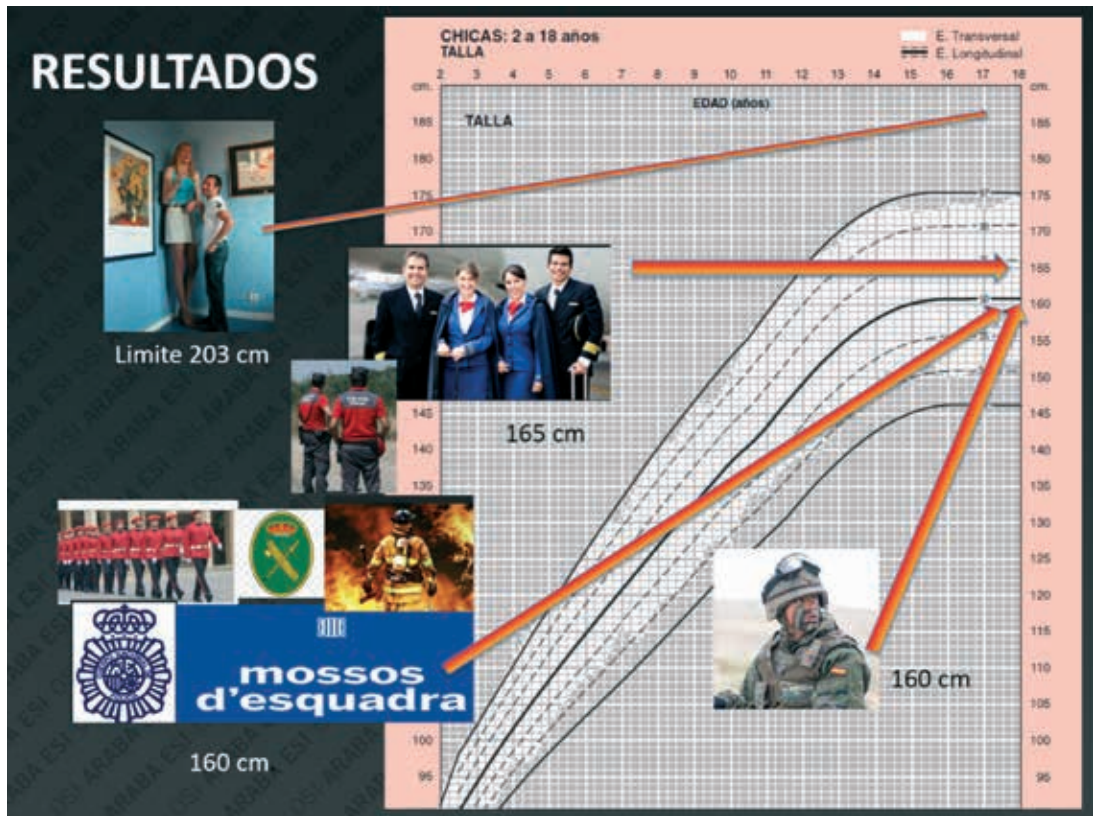


Figura 2. Resultados gráficos en chicas.

TABLA II.

| Referencia respecto a p50 a 18 años/adulto | Hombre | | | Mujer | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| | Diferencia en cm. P50 vs exigido | A qué percentil corresponde | Diferencia en SDS | Diferencia en cm. P50 vs exigido | A qué percentil corresponde | Diferencia en SDS |
| Talla Orbegozo 2004 Longitudinal | 7,68 | 15 | -1,6 | -1,30 | 55 | 0,1 |
| Talla Orbegozo 2004 Transversal | 10,27 | 5 | -1,9 | 1,74 | 25 | -0,5 |
| Talla Orbegozo 2011 Transversal | 9,85 | 5 | -1,9 | 2,01 | 25 | -0,5 |
| Talla Españolas 2010 Transversal a 18 a | 9,79 | 5 | -1,9 | 1,89 | 25 | -0,5 |
| Talla Españolas 2010 Transversal a adulto | 11,03 | 5 | -1,9 | 2,01 | 25 | -0,5 |

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1.*** Pozo J, Argente J. Hipoprecimiento armónico. En: Moro M, Málaga S, Madero L, editores. Cruz Tratado de Pediatría (11ª ed). Madrid: Editorial Panamericana; 2014. p. 1223-33.

2.** Karlberg J. A biologically-oriented mathematical model (ICP) for human growth. Acta Paediatr Scand. 1989; (Suppl 350): 70-94.
 3.** Fowden AL, Forhead AJ. Endocrine regulation of feto-placentaral growth. Horm Res. 2009; 72: 257-65.
 4.** Backeljauw PF, Dattani MT, Cohen P, Rosenfeld RG. Disorders of growth hormone/insulin-like growth

factor secretion and action. En: Sperling MA, editor. Pediatric Endocrinology (4th ed). Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014. p. 292-404.
 5.*** Juul A. Serum levels of insulin-like growth factor I and its binding proteins in health and disease. Growth Horm IGF Res. 2003; 13: 113-70.
 6.** Boersma B, Wit JM. Catch up growth. Endo Rev. 1997; 18: 646-61.