



Association of sexual health with socioeconomic status and level of education in young Chileans

Asociación de la salud sexual con el nivel socioeconómico y nivel educativo en jóvenes chilenos

Cristopher Yáñez-Urbina

Faculty of Psychology, Universidad UNIACC, Chile; cristopher.urbina@uniacc.cl 

Reference: Yáñez-Urbina, C. (2025). Association of sexual health with socioeconomic status and educational level in young Chileans (*Asociación de la salud sexual con el nivel socioeconómico y nivel educativo en jóvenes chilenos*). *Ibero-American Journal of Psychology and Public Policy*, 2(1), 145-167. <https://doi.org/10.56754/2810-6598.2025.0030>

Editor: Gonzalo Quintana

Reception date: 8 Oct 2024

Acceptance date: 03 Jan 2025

Publication date: 28 Jan 2025

Language: English and Spanish

Translation: Helen Lowry

Publisher's Note: IJP&PP remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2025 by the authors. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY NC SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Abstract: This study examines the association between socioeconomic status (SES) and level of education (LoE) and sexual and reproductive health (SRH) indicators among Chilean youth aged 15 to 29, using data from the 10th National Youth Survey. Results indicate that LoE had more consistent associations with SRH indicators than SES. Youth with lower LoE reported challenges such as inconsistent contraceptive use, limited knowledge about HIV (human immunodeficiency virus) transmission, and a higher prevalence of sexually transmitted infections (STI). SES showed fewer uniform associations across SRH indicators. The findings highlight the limitations of risk-centered discourses in public policies addressing SRH. The study proposes reframing policy formulation to consider the structural contexts that shape SRH outcomes, avoiding stigmatizing narratives toward marginalized groups.

Keywords: reproductive health; reproductive justice; social determinants of health; public policy; youth.

Resumen: Este estudio analiza la asociación entre el nivel socioeconómico (NSE) y el nivel educativo (NE) con los indicadores de salud sexual y reproductiva (SSR) en jóvenes chilenos de 15 a 29 años, utilizando datos de la 10ª Encuesta Nacional de Juventud. Los resultados mostraron que el NE presentó asociaciones más consistentes con los indicadores de SSR en comparación con el NSE. Los jóvenes con menor NE reportaron desafíos como el uso inconsistente de anticonceptivos, menor conocimiento sobre la transmisión del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y una mayor prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). El NSE mostró asociaciones menos uniformes en los indicadores de SSR. Los hallazgos evidenciaron las limitaciones de los discursos centrados en el riesgo en las políticas públicas sobre SSR. El estudio propone reorientar la formulación de políticas para considerar los contextos estructurales que configuran los resultados en SSR, evitando narrativas estigmatizantes hacia grupos marginados.

Palabras clave: salud reproductiva; justicia reproductiva; determinantes sociales de la salud; política pública; juventud.

Resumo: Este estudo analisa a associação entre o nível socioeconômico (NSE) e o nível educacional (NE) com indicadores de saúde sexual e reprodutiva (SSR) entre jovens chilenos de 15 a 29 anos, utilizando dados da 10ª Pesquisa Nacional da Juventude. Os resultados mostraram que o NE apresentou associações mais consistentes com os indicadores de SSR em comparação com o NSE. Jovens com menor NE relataram desafios como uso inconsistente de contraceptivos, menor conhecimento sobre a transmissão do VIH (vírus da imunodeficiência humana) e maior prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST). O NSE apresentou associações menos uniformes nos indicadores de SSR. Os achados destacaram as limitações dos discursos centrados no risco nas políticas públicas sobre SSR. O estudo propõe reorientar a formulação de políticas para considerar os contextos estruturais que moldam os resultados de SSR, evitando narrativas estigmatizantes em relação a grupos marginalizados.

Palavras-chave: saúde reprodutiva; justiça reprodutiva; determinantes sociais da saúde; política pública, juventude.

1. Introduction

Sexual and reproductive health (SRH) is a multidimensional concept that addresses physical, emotional, mental, and social well-being related to sexuality (World Health Organization, 2010). As a global guideline for human development, nations must address a series of challenges through mechanisms for monitoring indicators and providing policies to promote SRH in the population (Akande, 2021). In this situation, international initiatives have prioritized the adolescent population as one of their primary pillars, utilizing the discourse of risk (Lynch et al., 2024; Morison & Herbert, 2019; O'Quinn & Fields, 2020).

This trend is replicated in Chile. Both sexuality education policies (Yáñez-Urbina, López Leiva et al., 2023) and targeted healthcare policies (Yáñez-Urbina & Baleriola, 2024) are formulated from a discourse that links not only vulnerable young people and adolescents but also focuses on lower socioeconomic levels as a determinant that increases risk factors for SRH in young people and adolescents. However, research on SRH indicators in this demographic that considers socioeconomic status (SES) is scarce and has several limitations. First, such studies are usually based on small and specific samples, such as university students (Vargas-Chávez et al., 2023), healthcare service users (González et al., 2013; González et al., 2019), or schools (Castro-Sandoval et al., 2019), and no statistically significant associations are found for a large portion of the indicators in any case. Second, the only nationwide study incorporating SES as a variable does so by controlling for its effect to generalize the findings rather than analyzing its specific impact (Leal et al., 2018).

In this context, it is pertinent to consider whether the emphasis on the socioeconomic component is a valid rationale for formulating public policies and interventions regarding the SRH of youth and adolescents or if it reflects biased reasoning. This is one of the elements addressed by the sexual and reproductive justice framework as a research approach that asks how SRH is involved in power dynamics that affect socially marginalized groups (Morison, 2021). Certain studies focusing on this perspective examine how public policy discourses about SRH often rely on apparent statistical neutrality while perpetuating relationships that may lack empirical support and even reinforce the stigmatization of certain groups (Morison & Herbert, 2019; O'Quinn & Fields, 2020). Regardless of intentionality, this requires a more inclusive approach to conducting studies to provide SRH services relevant to the population.

Thus, it becomes necessary to produce evidence on the relationship between SES and SRH indicators in Chilean youth but also to contrast it with other structural variables that can serve as alternative approaches for the development of public policies that do not focus on the individual, but rather on their social conditions without falling into stigmatization (Morison, 2021). These include strategies predicated on the level of education (LoE), which offer a more comprehensive and promotional framework for SRH through sexuality education, substantiated by evidence of their efficacy at the international level (Goldfarb & Lieberman, 2021; Ivanova et al., 2020).

The current policy on sexuality education in Chile focuses explicitly on secondary education, to the exclusion of elementary and higher education. This circumstance has resulted in sexuality education being governed by the initiatives of elementary schools or higher education institutions without definitive guidelines or specific evaluation mechanisms (Yáñez-Urbina, 2023). This paradigm

remains unaltered despite legislative efforts based on the assertion that it is unnecessary to address this education at either an early or late stage (Yáñez-Urbina, Sisto, et al., 2023). In contrast, secondary education comprises two distinct types: secondary scientific-humanistic education (SSHE), characterized by a generalist approach, and secondary technical-professional education (STPE), oriented towards vocational training. Each exhibits significant disparities in subjects, content, and societal perceptions regarding the education of youth and adolescents (Agencia de Calidad de la Educación, 2016; Montecinos, 2019; Romero Jeldres, 2020).

Studies that analyze SRH indicators in relation to educational variables in Chilean youth consistently highlight the importance of a curriculum-based approach in formal settings and the profound inequalities that characterize the educational system (Castro-Sandoval et al., 2019). Individuals with less schooling, associated with limited access to sexuality education programs, are inclined to engage in riskier behaviors more frequently than those with higher education, who demonstrate a greater use of contraception and a better understanding of sexually transmitted infections (STIs; González et al., 2015; González & Molina, 2019). Additionally, it has been identified that students in STPE are less likely to use contraception methods and have limited knowledge of STIs, which is associated with the curricular differences between this type of education and SSHE (Yáñez-Urbina, 2021).

2. Objective

Given the context above, the research question was: What factors contribute to a more accurate understanding of the indicators of SRH among young Chileans aged 15 to 29 years? To answer this question, this study compared the association between SRH indicators of Chilean youth aged 15-29 years with two grouping variables: socioeconomic level and level of education. This analysis is based on data from the 10th National Youth Survey, conducted in 2022 by Chile's National Youth Institute (INJUV), which provides nationally representative data on these factors.

3. Method

3.1 Participants

This study involved a secondary analysis of data from the 10th National Youth Survey, conducted in 2022 by Chile's INJUV. The dataset is available under the Creative Commons CC Zero license, which allows its use without special permission per the Chilean government's open data policy. The initial sample consisted of 9,700 young people between 15 and 29 years of age, residing in both urban and rural areas in every region of the country. Stratified, multistage probability sampling was applied to ensure proportional representation of each region (INJUV, 2022).

The analysis focused on sexually active youth, including those who reported penetrative and non-penetrative sexual activity and for whom information on SES could be weighted. Consequently, the final sample comprised 6,466 sexually active participants aged 15-29 years, with a mean age of 23.1 years ($SD = 4.08$). Table 1 presents a description of the sociodemographic variables of the final sample.

Table 1

Frequency distribution of the sociodemographic variables of the final sample

Gender identity			Socioeconomic status			Level of education		
Categories	<i>n</i>	%	Categories	<i>n</i>	%	Categories	<i>n</i>	%
Female	3,580	55.4	ABC1	270	4.2	BGE	152	2.4
Male	2,695	41.7	C2	1,642	25.4	STPE	1,932	29.9
Other	191	2.9	C3	2,241	34.7	SSHE	941	14.6
			D	2,038	31.5	HE	3,376	52.2
			E	275	4.3	PGE	65	1.0

Note. ABC1 = High socioeconomic status; C2 = Upper-middle socioeconomic status; C3 = Middle socioeconomic status; D = Lower-middle socioeconomic status; E = Lower socioeconomic status; BGE = Basic general education complete or incomplete; STPE = Secondary technical-professional education complete or incomplete; SSHE = Secondary scientific-humanistic education complete or incomplete; HE = Higher education; PGE = Postgraduate education.

3.2 Instruments

Two grouping variables were used. The first was the SES classification according to INJUV's 10th National Youth Survey, ordered from the highest to the lowest level: ABC1 = high, C2 = upper-middle, C3 = middle, D = lower-middle, and E = lower. The second was a reclassification of the LoE of the respondents into five groups:

- 1) Basic General Education (BGE): a compulsory stage that includes eight years of instruction, focused on the integral development of students, including participants with complete and incomplete BGE;
- 2) Secondary Technical-Professional Education (STPE): four-year secondary education focused on technical-professional training that develops occupational competencies leading to technical certifications, including complete and incomplete STPE;
- 3) Secondary Scientific-Humanistic Education (SSHE): four-year secondary education oriented to general academic training that prepares students for higher education, including complete and incomplete SSHE;
- 4) Higher Education (HE): LoE leading to professional or technical degrees or diplomas awarded by universities, professional institutes, and technical training centers, including complete and incomplete HE; and
- 5) Postgraduate Higher Education (PGE): sub-level of higher education focused on the specialization and deepening of knowledge in specific areas through master's degrees, doctorates, and specializations, including complete and incomplete PGE.

In addition, questions were asked about a series of variables related to SRH, such as the use of contraceptive methods during the first and last intercourse, forms of HIV transmission, and having experienced different forms of violence (physical, psychological, sexual, economic, and cyber).

3.3 Plan of analysis

The data were analyzed using the Jamovi software, version 2.5 (The Jamovi Project, 2024). First, a descriptive analysis of the SRH variables was performed to explore their distribution. Subsequently, odds ratios (OR) were calculated along with their 95% confidence intervals to assess the association and quantify the magnitude of the relationship between the SRH variables and the grouping variables (SES and LoE) controlling for the effect of age. In this analysis, age was controlled as an adjusted variable to

reduce its potential influence on the associations evaluated. The ABC1 level was used as the reference group for the comparisons by SES and BGE for the LoE comparisons. This selection relies on its analytical utility for evaluating comparisons: the ABC1 group, representing the highest SES, enables the relative evaluation of the other categories concerning resource access and structural advantages. BGE, since it is the minimum formal LoE attained in the context studied, provides an adequate starting point for evaluating the differences associated with higher LoEs. Associations where the confidence intervals did not include the value 1 were deemed statistically significant.

4. Results

4.1 Descriptive level

Table 2 summarizes the descriptive results of the SRH variables. A significant prevalence of barrier contraceptive methods was noted for both the first (69.2%) and last (51.7%) instances of sexual intercourse. Likewise, the prevalence of coitus interruptus as a birth control method is increasing, reaching 8.6% during the first and 5.1% during the last sexual encounter. Additionally, the fact that fewer than 50% of the sample showed sufficient understanding of the modes of HIV transmission highlights the lack of awareness. Finally, there are high rates of physical and psychological violence in intimate partner relationships.

Table 2

Frequency distribution of the variables in the final sample

Variable	Operational definition	No	Yes	Total valid
BCF. B.	Use of barrier contraception at first sexual intercourse	30.8%	69.2%	6,514
BCF. H.	Use of hormonal contraception at first sexual intercourse	63.9%	36.1%	5,555
BCF. C.	Use of coitus interruptus as a contraceptive method at first sexual intercourse	91.4%	8.6%	3,874
BCL. B.	Use of barrier contraception at last sexual intercourse	48.3%	51.7%	6,514
BCL. H.	Use of hormonal contraception at last sexual intercourse	52.4%	47.6%	5,555
BCL. C.	Use of coitus interruptus as a contraceptive method at last sexual intercourse	94.9%	5.1%	3,810
UP	Occurrence of an unplanned pregnancy	79.5%	20.5%	5,156
HIV. A.	Recognition of three actual forms of HIV transmission	51.0%	49.0%	6,514
HIV. F.	Recognition of three false forms of HIV transmission	57.9%	42.1%	6,514
T. HIV	Application of an HIV test	52.6%	47.4%	6,462
STI	Having contracted a sexually transmitted infection (STI)	96.2%	3.8%	6,393
Phys. V.	Having experienced physical violence in a relationship	92.8%	7.2%	3,500
Psy. V.	Having experienced psychological violence in a relationship	83.8%	16.2%	3,490
Sex. V.	Having experienced sexual violence in a relationship	97.1%	2.9%	3,471
Econ. V.	Having experienced economic violence in a relationship	93.7%	6.3%	3,478
Cyb. V.	Having experienced cyber violence in a relationship	96.1%	3.9%	3,466

4.2 Association with Socioeconomic Status

Table 3 presents the results of the SRH variables disaggregated according to SES. Table 4 presents the OR calculation of the association between each variable after controlling for age.

The findings underscore that all SES, except C2, are more likely not to use coitus interruptus during the first sexual intercourse compared to the ABC1 group (C3 - ABC1: *OR* = 1.879, 95% *CI* [0.667, 1.140]; D - ABC1: *OR* = 1.714, 95% *CI* [1.110, 2.650]; E - ABC1: *OR* = 2.296, 95% *CI* [1.155, 4.560]).

In contrast, when analyzing the recognition of HIV transmission forms, it is observed that all groups are more likely to not identify false forms compared to ABC1 (C2 - ABC1: *OR* = 1.759, 95% *CI* [1.349, 2.292]; C3 - ABC1: *OR* = 2.208, 95% *CI* [1.702, 2.865]; D - ABC1: *OR* = 2.720, 95% *CI* [2.092, 3.537]; E - ABC1: *OR* = 2.054, 95% *CI* [1.456, 2.987]). Likewise, all groups except C2 are more likely not to identify actual forms of HIV transmission (C3 - ABC1: *OR* = 1.391, 95% *CI* [1.078, 1.794]; D - ABC1: *OR* = 1.428, 95% *CI* [1.105, 1.845]; E - ABC1: *OR* = 1.454, 95% *CI* [1.037, 2.038]).

Table 3

Disaggregated frequency distribution of sexual and reproductive health variables by socioeconomic status

SES	BCF. B.			BCF. H.			BCF. C.			BCL. B.		
	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n
ABC1	28.9%	71.1%	270	67.8%	32.2%	270	85.8%	14.2%	204	50.4%	49.6%	270
C2	29.1%	70.9%	1,642	64.7%	35.3%	1,642	90.1%	9.9%	1,145	47.9%	52.1%	1,642
C3	29.2%	70.2%	2,241	64.3%	35.7%	2,241	92.0%	8.0%	1,609	47.1%	52.9%	2,241
D	31.6%	68.4%	2,038	64.2%	35.8%	2,038	91.3%	8.7%	1,456	48.1%	51.9%	2,038
E	36.0%	64.0%	275	68.4%	31.6%	275	93.4%	6.6%	197	47.8%	51.3%	275
SES	BCL. H.			BCL. C.			UP			HIV. A.		
	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n
ABC1	52.6%	47.4%	270	91.5%	8.5%	212	86.8%	13.2%	243	43.7%	56.3%	270
C2	53.0%	47.0%	1,642	93.8%	6.2%	1,127	81.8%	18.2%	1,514	49.1%	50.9%	1,642
C3	53.2%	46.8%	2,251	94.4%	5.6%	1,561	70.2%	19.8%	2,071	51.6%	48.4%	2,241
D	56.3%	43.7%	2,038	95.8%	4.2%	1,442	79.3%	20.7%	1,871	52.3%	47.7%	2,038
E	56.0%	44.0%	275	95.7%	4.3%	188	78.7%	21.3%	253	52.7%	47.3%	275
SES	HIV. F.			T. HIV			STI			Phys. V.		
	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n
ABC1	38.5%	61.5%	270	51.1%	48.9%	270	93.7%	6.3%	269	92.9%	7.1%	156
C2	51.9%	48.1%	1,642	51.1%	48.9%	1,630	95.4%	4.6%	1,621	94.6%	5.4%	891
C3	58.8%	41.2%	2,241	46.8%	53.2%	2,221	96.8%	3.2%	2,214	91.6%	8.4%	1,221
D	63.8%	36.2%	2,038	45.9%	54.1%	2,020	96.2%	3.8%	2,014	92.7%	7.3%	1,075
E	57.7%	42.3%	275	43.6%	56.4%	275	97.5%	2.5%	275	91.5%	8.5%	142
SES	Psy. V.			Sex. V.			Econ. V.			Cyb. V.		
	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n
ABC1	84.0%	16.0%	156	97.4%	2.6%	155	96.1%	3.9%	155	97.4%	2.6%	155
C2	83.3%	16.7%	885	97.0%	3.0%	880	94.5%	5.5%	883	96.7%	3.3%	880
C3	83.2%	16.8%	1,221	96.9%	3.1%	1,214	93.6%	6.4%	1,215	95.8%	4.2%	1,211
D	84.7%	15.3%	1,072	97.4%	2.6%	1,065	92.9%	7.1%	1,068	96.1%	3.9%	1,064
E	83.0%	17.0%	141	95.8%	4.2%	142	93.7%	6.3%	142	94.3%	5.7%	141

Note. SES = Socioeconomic status; ABC1 = High socioeconomic level; C2 = Upper-middle socioeconomic level; C3 = Middle socioeconomic level; D = Lower-middle socioeconomic level; E = Lower socioeconomic level; BCF. B. = Use of barrier contraception at first intercourse; BCF. H. = Use of hormonal contraception at first intercourse; BCF. C. = Use of coitus interruptus as a contraceptive method at first intercourse; BCL. B. = Use of barrier contraception at last intercourse; BCL. H. = Use of hormonal contraception at last intercourse; BCL. C. = Use of coitus interruptus as a contraceptive method at last intercourse; UP = Unplanned pregnancy; HIV. A. = Recognition of actual forms of HIV transmission; HIV. F. = Recognition of false forms of HIV transmission; T. HIV = Application of HIV test; STI = Having contracted an STI; Phys. V. = Physical violence in a relationship; Psy. V. = Psychological violence in a relationship; Sex. V. = Sexual violence in a relationship; Econ. V. = Economic violence in a relationship; Cyb. V. = Cyber violence in a relationship; n = group size.

Table 4

Odds ratio of the association of sexual and reproductive health variables with socioeconomic level

SES Groups	BCF. B.	BCF. H.	BCF. C.	BCL. B.	BCL. H.	BCL. C.	UP	HIV. A.
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]
C2 - ABC1	0.995 [0.747, 1.323]	0.864 [0.656, 1.140]	1.522 [0.0981, 2.360]	0.869 [0.667, 1.133]	1.021 [0.789, 1.320]	1.401 [0.816, 2.400]	0.692 [0.462, 1.036]	1.237 [0.954, 1.603]
C3 - ABC1	1.062 [0.802, 1.406]	0.873 [0.667, 1.140]	1.879 [1.218, 2.900]*	0.958 [0.739, 1.234]	1.017 [0.790, 1.310]	1.57 [0.924, 2.67]	0.492 [0.330, 0.732]*	1.391 [1.078, 1.794]*
D - ABC1	1.191 [0.899, 1.578]	0.869 [0.662, 1.140]	1.714 [1.110, 2.650]*	1.007 [0.775, 1.308]	1.152 [0.893, 1.490]	2.098 [1.213, 3.630]*	0.457 [0.307, 0.681]*	1.428 [1.105, 1.845]*
E - ABC1	1.453 [1.011, 2.088]*	1.046 [1.010, 1.040]*	2.296 [1.155, 4.560]*	1.208 [0.728, 1.452]	1.139 [0.813, 1.600]	2.085 [0.884, 4.920]	0.441 [0.269, 0.723]*	1.454 [1.037, 2.038]*
SES Groups	HIV. F.	T. HIV	STI	Phys. V.	Psy. V.	Sex. V.	Econ. V.	Cyb. V.
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]
C2 - ABC1	1.759 [1.349, 2.292]*	1.062 [0.807, 1.397]	1.466 [0.848, 2.536]	1.344 [0.681, 2.652]	0.955 [0.601, 1.519]	0.871 [0.300, 2.530]	0.691 [0.289, 1.649]	0.78 [0.270, 2.250]
C3 - ABC1	2.208 [1.702, 2.865]*	1.041 [0.795, 1.363]	1.846 [1.066, 3.198]*	0.779 [0.408, 1.489]	0.898 [0.570, 1.415]	0.803 [0.282, 2.280]	0.507 [0.216, 1.188]	0.586 [0.209, 1.650]
D - ABC1	2.72 [2.092, 3.537]*	1.073 [0.818, 1.407]	1.549 [0.897, 2.676]	0.882 [0.457, 1.702]	0.99 [0.624, 1.570]	0.955 [0.330, 2.770]	0.439 [0.187, 1.030]	0.638 [0.225, 1.810]
E - ABC1	2.054 [1.456, 2.987]*	1.198 [0.837, 1.714]	2.325 [0.944, 5.726]	0.74 [0.315, 1.741]	0.856 [0.462, 1.584]	0.581 [0.160, 2.110]	0.477 [0.827, 0.895]*	0.421 [0.124, 1.430]

Note. SES = Socioeconomic status; ABC1 = High socioeconomic level; C2 = Upper-middle socioeconomic level; C3 = Middle socioeconomic level; D = Lower-middle socioeconomic level; E = Lower socioeconomic level; BCF. B. = Use of barrier contraception at first intercourse (no/yes); BCF. H. = Use of hormonal contraception at first intercourse (no/yes); BCF. C. = Use of coitus interruptus as a contraceptive method at first intercourse (no/yes); BCL. B. = Use of barrier contraception at last intercourse (no/yes); BCL. H. = Use of hormonal contraception at last intercourse (no/yes); BCL. C. = Use of coitus interruptus as a contraceptive method at last intercourse (no/yes); UP = Unplanned pregnancy (no/yes); HIV. A. = Recognition of actual forms of HIV transmission (no/yes); HIV. F. = Recognition of false forms of HIV transmission (no/yes); T. HIV = Application of HIV test (no/yes); STI = Having contracted an STI; Phys. V. = Physical violence in a relationship (no/yes); Psy. V. = Psychological violence in a relationship (no/yes); Sex. V. = Sexual violence in a relationship (no/yes); Econ. V. = Economic violence in a relationship (no/yes); Cyb. V. = Cyber violence in a relationship (no/yes); OR = Odds ratio; CI = Confidence interval; * = Significant with a CI that does not include the value 1.

4.3 Association with Educational Level

Table 5 presents the results of the SRH variables disaggregated according to LoE. Table 6 presents the OR calculation of the association between each variable.

In general terms, the results indicate that STPE students have a lower probability of not using hormonal methods in their first sexual intercourse than BGE ($OR = 0.672$, 95% $CI [0.458, 0.986]$). Likewise, the SSHE and STPE groups have a higher probability of not having contracted STIs than BGE (SSHE - BGE: $OR = 2.571$, 95% $CI [1.260, 5.245]$; STPE - BGE: $OR = 2.565$, 95% $CI [1.188, 5.538]$). On the other hand, PGE students stand out for a significantly lower probability of not recognizing false forms of HIV transmission than BGE ($OR = 0.128$, 95% $CI [0.065, 0.251]$) and a higher likelihood of not having had an unplanned pregnancy ($OR = 3.362$, 95% $CI [1.559, 7.251]$).

Table 5

Disaggregated frequency distribution of sexual and reproductive health variables by socioeconomic status

LoE	BCF. B.			BCF. H.			BCF. C.			BCL. B.		
	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n
BGE	45.4%	54.6%	152	73.0%	27.0%	152	95.5%	4.5%	110	60.5%	39.5%	152
STPE	31.1%	68.9%	941	64.1%	35.9%	941	94.9%	5.1%	684	46.4%	53.6%	941
SSHE	33.2%	66.8%	1,932	69.0%	31.0%	1,932	93.2%	6.8%	1,390	48.3%	51.7%	1,932
HE	27.5%	72.5%	3,376	63.6%	36.4%	3,376	88.7%	11.3%	2,383	47.0%	53.0%	3,376
PGE	30.8%	69.2%	65	67.7%	32.3%	65	88.6%	11.4%	44	64.6%	35.4%	65
LoE	BCL. H.			BCL. C.			UP			HIV. A.		
	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n
BGE	63.8%	36.2%	152	96.3%	3.7%	109	71.9%	28.1%	139	59.9%	40.1%	152
STPE	59.3%	40.7%	941	95.7%	4.3%	672	80.4%	19.6%	873	54.5%	45.5%	941
SSHE	60.7%	39.3%	1,932	96.2%	3.8%	1,346	78.6%	21.4%	1,700	54.2%	45.8%	1,932
HE	48.7%	51.3%	3,376	93.4%	6.6%	2,360	81.9%	18.1%	3,176	47.8%	52.2%	3,376
PGE	53.8%	46.2%	65	90.7%	9.3%	43	82.8%	17.2%	64	38.5%	61.5%	65
LoE	HIV. F.			T. HIV			STI			Phys. V.		
	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n
BGE	74.3%	25.7%	152	58.3%	41.7%	151	93.4%	6.6%	151	93.9%	6.1%	82
STPE	66.2%	33.8%	941	59.3%	40.7%	932	97.5%	2.5%	926	92.0%	8.0%	523
SSHE	66.1%	33.9%	1,932	60.1%	39.9%	1,909	97.6%	2.4%	1,904	92.2%	7.8%	1,023
HE	50.4%	49.6%	3,376	46.2%	53.8%	3,359	95.2%	4.8%	3,347	93.3%	6.7%	1,810
PGE	24.6%	75.4%	65	27.7%	72.3%	65	89.2%	10.8%	65	91.5%	8.5%	47
LoE	Psy. V.			Sex. V.			Econ. V.			Cyb. V.		
	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n	No	Yes	n
BGE	86.4%	13.6%	81	97.5%	2.5%	81	90.0%	10.0%	80	100.0%	0.0%	81
STPE	84.3%	15.7%	523	98.1%	1.9%	521	93.7%	6.3%	522	94.8%	5.2%	517
SSHE	84.0%	16.0%	1,021	96.5%	3.5%	101	93.3%	6.7%	1,016	96.4%	3.6%	1,014
HE	83.4%	16.6%	180	97.0%	3.0%	1,795	94.1%	5.9%	1,798	96.3%	3.7%	1,793
PGE	76.6%	23.4%	47	95.7%	4.3%	46	93.6%	6.4%	47	93.5%	6.5%	46

Note. LoE = Level of education; BGE = Basic General Education; STPE = Secondary Technical-Professional Education; SSHE = Secondary Scientific-Humanistic Education; HE = Higher Education; PGE = Postgraduate Higher Education; BCF. B. = Use of barrier contraception at first intercourse; BCF. H. = Use of hormonal contraception at first intercourse; BCF. C. = Use of coitus interruptus as a contraceptive method at first intercourse; BCL. B. = Use of barrier contraception at last intercourse; BCL. H. = Use of hormonal contraception at last intercourse; BCL. C. = Use of coitus interruptus as a contraceptive method at last intercourse; UP = Unplanned pregnancy; HIV. A. = Recognition of actual forms of HIV transmission; HIV. F. = Recognition of false forms of HIV transmission; T. HIV = Application of HIV test; STI = Having contracted an STI; Phys. V. = Physical violence in a relationship; Psy. V. = Psychological violence in a relationship; Sex. V. = Sexual violence in a relationship; Econ. V. = Economic violence in a relationship; Cyb. V. = Cyber violence in a relationship; n = group size.

5. Discussion

This article analyzed how SES and LoE are associated with SRH indicators in Chilean youth aged 15-29 years, seeking to generate evidence to support more inclusive public policies. Although SES has long been a variable used in policymaking, its exclusive focus lacks robust empirical support at the national level (Castro-Sandoval et al., 2019; González et al., 2013; Leal et al., 2018). Moreover, it may perpetuate biases against marginalized groups (Morison & Herbert, 2019; O'Quinn & Fields, 2020). This study advocates a comparative perspective to reevaluate these interventions through a more inclusive and critical lens (Morison & Herbert, 2019).

The results show that, although SES is relevant for analyzing SRH in young people, its impact is not uniform. Levels C3 and E are associated with lower use of barrier methods at first intercourse and reduced knowledge of HIV. In contrast, the ABC1 group poses specific challenges, such as greater use of coitus interruptus in the first and last sexual intercourse and more reports of economic violence in a relationship. This underscores the need to tailor interventions to the particularities of each group.

Table 6

Odds ratio of the association of sexual and reproductive health variables with socioeconomic status.

SES Groups	BCF. B. OR [95% CI]	BCF. H. OR [95% CI]	BCF. C. OR [95% CI]	BCL. B. OR [95% CI]	BCL. H. OR [95% CI]	BCL. C. OR [95% CI]	UP OR [95% CI]	HIV. A. OR [95% CI]
STPE-BGE	0.562 [0.396, 0.799]*	0.672 [0.458, 0.986]*	0.874 [0.335, 2.283]	0.590 [0.410, 0.850]*	0.828 [0.580, 1.182]	0.857 [0.295, 2.490]	1.500 [0.973, 2.312]	0.815 [0.575, 1.156]
SSHE-BGE	0.636 [0.454, 0.890]*	0.851 [0.586, 1.234]	0.646 [0.257, 1.626]	0.675 [0.475, 0.959]*	0.878 [0.623, 1.238]	0.99 [0.350, 2.800]	1.256 [0.830, 1.901]	0.814 [0.581, 1.140]
HE-BGE	0.306 [0.306, 0.595]*	0.58 [0.402, 0.837]*	0.375 [0.1562, 0.928]*	0.493 [0.349, 0.698]*	0.536 [0.382, 0.752]*	0.532 [0.193, 1.460]	2.055 [1.369, 3.086]*	0.6 [0.430, 0.836]*
PGE-BGE	0.426 [0.229, 0.793]*	0.685 [0.363, 1.292]	0.384 [0.105, 1.403]	0.748 [0.403, 1.389]	0.652 [0.361, 1.178]	0.353 [0.083, 1.05]	3.362 [1.559, 7.251]*	0.386 [0.212, 0.702]*
SES Groups	HIV. F. OR [95% CI]	T. HIV OR [95% CI]	STI OR [95% CI]	Phys. V. OR [95% CI]	Psy. V. OR [95% CI]	Sex. V. OR [95% CI]	Econ. V. OR [95% CI]	Cyb. V. OR [95% CI]
STPE-BGE	0.657 [0.444, 0.970]*	0.918 [0.630, 1.336]	2.565 [1.188, 5.538]*	0.689 [0.264, 1.802]	0.796 [0.403, 1.573]	1.267 [0.272, 5.900]	1.405 [0.617, 3.202]	<0.001 [<0.001, <0.001]
SSHE-BGE	0.655 [0.442, 0.941]*	0.881 [0.613, 1.265]	2.571 [1.260, 5.245]*	0.696 [0.273, 1.776]	0.766 [0.396, 1.482]	0.688 [0.162, 2.920]	1.266 [0.578, 2.773]	<0.001 [<0.001, <0.001]
HE-BGE	0.361 [0.249, 0.523]	0.676 [0.474, 0.964]*	1.496 [0.768, 2.914]	0.915 [0.363, 2.307]	0.799 [0.417, 1.531]	0.839 [0.200, 3.500]	1.746 [0.810, 3.760]	<0.001 [<0.001, <0.001]
PGE-BGE	0.128 [0.065, 0.251]*	0.464 [0.828, 0.851]*	0.838 [0.302, 2.329]	0.824 [0.209, 3.245]	0.592 [0.233, 1.502]	0.591 [0.080, 4.360]	2.22 [0.554, 8.894]	<0.001 [<0.001, <0.001]

Note. LoE = Level of education; BGE = Basic General Education; STPE = Secondary Technical-Professional Education; SSHE = Secondary Scientific-Humanistic Education; HE = Higher Education; PGE = Postgraduate Higher Education; BCF. B. = Use of barrier contraception at first intercourse (no/yes); BCF. H. = Use of hormonal contraception at first intercourse (no/yes); BCF. C. = Use of coitus interruptus as a contraceptive method at first intercourse (no/yes); BCL. B. = Use of barrier contraception at last intercourse (no/yes); BCL. H. = Use of hormonal contraception at last intercourse (no/yes); BCL. C. = Use of coitus interruptus as a contraceptive method at last intercourse (no/yes); UP = Unplanned pregnancy (no/yes); HIV. A. = Recognition of actual forms of HIV transmission (no/yes); HIV. F. = Recognition of false forms of HIV transmission (no/yes); T. HIV = Application of HIV test (no/yes); STI = Having contracted an STI; Phys. V. = Physical violence in a relationship (no/yes); Psy. V. = Psychological violence in a relationship (no/yes); Sex. V. = Sexual violence in a relationship; Econ. V. = Economic violence in a relationship (no/yes); Cyb. V. = Cyber violence in a relationship (no/yes); OR = Odds ratio; CI = Confidence interval; * = Significant with a CI that does not include the value 1.

These trends show that SES is a useful variable for identifying differentiated challenges for each group that could be associated with greater availability of resources, cultural practices, or other variables. Similarly, discourses that directly associate poverty with risky SRH practices perpetuate stigmatization (Morison & Herbert, 2019; O'Quinn & Fields, 2020) and serve as a foundation for targeting that inadequately addresses the unique needs of young people (Yáñez-Urbina & Baleriola, 2024). To move towards sexual and reproductive justice, these particularities must be integrated into inclusive and informed public policies (Morison & Herbert, 2019).

In addition, the correlation between SRH indicators and LoE demonstrates a notable consistency, suggesting that years of formal education may serve as a protective factor for young Chileans. Specifically, BGE consistently exhibits the greatest adverse outcomes relative to all other levels. Young people in this group are more likely not to use effective contraceptive methods, have less knowledge about HIV transmission, and are more exposed to unplanned pregnancies and STIs. This is not only consistent with previous studies (Yáñez-Urbina, 2021) but can also be interpreted as a structural gap associated with the exclusion of sexuality education programs beyond basic curricular content (Yáñez-Urbina, 2023).

SSHE and STPE have relevant differences in their impact on SRH. Both consistently outperform BGE, with a lower likelihood of not using barrier methods and a higher likelihood of not having contracted STIs. However, STPE stands out for its relationship with greater use of hormonal methods, which could reflect a more practical approach to self-care issues (Agencia de Calidad de la Educación, 2016). Nonetheless, this educational approach exhibits shortcomings in the understanding of forms of HIV transmission,

likely attributable to a lack of theoretical rigor in SRH content compared to SSHE (Montecinos, 2019; Romero Jeldres, 2020). These differences underscore the need to design educational strategies adapted to the specific characteristics of each type of education.

In general terms, SES and LoE are relevant variables, but the results of this study invite us to rethink how they have been conceptualized in the formulation of public policies. As suggested by Lynch et al. (2024), Morison and Herbert (2019), and O'Quinn and Fields (2020), the prevailing rhetoric of risk in the formulation of public policies around SRH in youth and adolescents has tended to reproduce a logic of moral hierarchy where certain groups are at more or less risk than others linearly and consistently. However, the findings of this study can be interpreted more fairly and inclusively (Morison, 2021) by following the key specific needs of each group according to dimensions of access to resources and services, types of education, cultural practices, and other factors.

Rather than considering lower SES as inherently more vulnerable, the findings highlight specific challenges at all levels. The ABC1 group faces problems related to the use of coitus interruptus and economic violence, whereas C3 and E require interventions in the use of barrier methods and recognition of forms of HIV transmission. At the LoE, the distinctions between STPE and SSHE underscore the need for tailored methodologies that address their curricular specificities, thereby ensuring a comprehensive approach to sexuality education. These observations call for additional research to analyze the cultural, social, educational, and structural dynamics that explain these behaviors (Morison, 2021).

While this study concentrates on the comparative analysis of SES and LoE relative to SRH indicators, it underscores the importance of considering additional structural and cultural elements that influence the requirements of each group. These observations justify the construction of public policies based on social justice frameworks that, in addition to avoiding the stigmatization of marginalized groups (Morison & Herbert, 2019; O'Quinn & Fields, 2020), respond effectively to the specific needs of youth and adolescents (Yañez-Urbina & Baleriola, 2024). This approach fosters greater equity in SRH and promotes a greater understanding of the structural issues young people encounter.

5.1 Recommendations for action

To address the inequalities observed in SRH indicators, public policies should consider a comprehensive approach that overcomes the limitations of the discourse of risk and prioritizes young people's structural and educational needs. First, educational strategies should be designed, taking into account both the particularities of each type of education and the cross-sectional elements that promote comprehensive SRH. The results of this study show significant differences between types of education like STPE and SSHE, which underscores the need for specific interventions. For STPE, for example, it is crucial to reinforce theoretical knowledge about STIs and contraceptive methods, while in SSHE, priority may be given to the practical application of this knowledge in everyday contexts. In addition, cross-sectional elements such as gender equity and access to comprehensible and culturally relevant information should be incorporated at all LoEs. These strategies should focus not only on conveying knowledge but also on promoting critical skills that enable young people to make informed SRH decisions.

Second, policymakers should design strategies that take the particularities of the different SES into account. For example, programs targeting youth at a lower SES should focus on increasing access to contraceptive methods and improving knowledge about STIs. This should encompass initiatives to eliminate structural barriers such as limited access to sexual healthcare services in underserved areas and the implementation of culturally relevant educational campaigns utilizing accessible media, like digital platforms

and community workshops. Moreover, programs targeting high SES should address specific practices like the use of coitus interruptus and the dynamics of economic violence. These strategies should consider the cultural and relational dynamics of these contexts, promoting spaces for reflection and dialogue that challenge standardized beliefs about these practices. These interventions should also include tools to develop critical skills for young people to assess and modify their behaviors in an informed and conscious fashion.

Finally, public policies must be rethought from an inclusive and evidence-based framework. The prevailing discourse of risk in SRH policymaking not only reinforces preconceptions about specific groups but also results in initiatives that are often irrelevant and fail to address the genuine needs of young people. This approach tends to rank some groups as more vulnerable than others, which simplifies the structural and cultural dynamics that shape SRH practices. Policies should abandon this logic and focus on promoting equity through strategies that integrate each group's differences and specific needs, avoiding generalizations and stigmatizing narratives.

5.2 Limitations and future directions

This study has several limitations that should be considered when interpreting its findings. First, the analysis is based on secondary data, which restricts the ability to explore contextual and subjective dynamics that could enrich the understanding of SRH indicators. Furthermore, applying broad classifications for SES and LoE may have obscured significant variances within these categories. Methodologically, while the data from the 10th National Youth Survey are nationally representative, its cross-sectional design precludes the establishment of causal links among the study variables and complicates a focused exploration of the SRH dimension.

It would also be valuable to incorporate qualitative approaches to explore the narratives and experiences of young people concerning their sexual and reproductive education. This could reveal cultural and structural dynamics not currently captured by quantitative analysis. Finally, future studies should include other social and cultural determinants, such as ethnicity and geographic differences, to develop more inclusive and contextualized policies.

6. Conclusions

This study aimed to compare the association between SRH indicators of Chilean youth aged 15-29 years and SES and LoE. The results show that SES has fewer consistent associations than LoE. However, the analysis makes it possible to focus on the differentiated needs of each group, thus emphasizing the discourse of risk that underpins the construction of public SRH policies. Consequently, a shift from risk assessment to an analysis grounded in specific requirements facilitates the formulation of policies tailored to structural conditions. This involves overcoming the stigmatizing logic associated with SES and other factors to move towards models that prioritize the diversity of educational trajectories, access to services, and the consideration of cultural, economic, and social factors as central influences of SRH practices. Within this framework, the urgency of developing research that explores the interplay between structural factors and sexual practices is reinforced, allowing for the formulation of interventions that respond comprehensively and effectively to the needs of young people and adolescents. This approach contributes to constructing a more equitable sexual and reproductive justice while expanding the possibilities of intervention from both technical and culturally relevant perspectives.

Asociación de la salud sexual con el nivel socioeconómico y nivel educativo en jóvenes chilenos

1. Introducción

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) corresponde a un concepto multidimensional que aborda el bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad (World Health Organization, 2010). En cuanto a una directriz global de desarrollo humano, se instala como una serie de desafíos a los cuales los Estados deben afrontar mediante mecanismos de seguimiento de indicadores y dotación de políticas para fomentarlo en la población (Akande, 2021). En este escenario, las iniciativas a nivel internacional han tendido a focalizarse en la población juvenil bajo el discurso del riesgo como uno de sus principales fundamentos (Lynch et al., 2024; Morison & Herbert, 2019; O'Quinn & Fields, 2020).

Esta tendencia se replica en Chile. Tanto las políticas de educación de la sexualidad (Yáñez-Urbina, López Leiva, et al., 2023) como las políticas de atención de salud focalizadas (Yáñez-Urbina & Baleriola, 2024) se formulan desde un discurso que vincula no solamente a jóvenes y adolescentes con el riesgo, sino que también focalizan los niveles socioeconómicos bajos como un determinante que incide en aumentar los factores de riesgo para la SSR de jóvenes y adolescentes. Sin embargo, la investigación sobre los indicadores de SSR en jóvenes y adolescentes que considera el nivel socioeconómico es acotada y presenta varias limitaciones. En primer lugar, dichos estudios suelen basarse en muestras pequeñas y específicas, como estudiantes universitarios (Vargas-Chávez et al., 2023), usuarios de servicios de salud (González et al., 2013; González et al., 2019) o centros educativos (Castro-Sandoval et al., 2019), y en todos los casos, no se encuentran asociaciones estadísticamente significativas en gran parte de los indicadores. En segundo lugar, el único estudio a nivel nacional que incluye el nivel socioeconómico como variable, lo hace controlando su efecto para generalizar los hallazgos en lugar de analizar su impacto específico (Leal et al., 2018).

Ante este escenario, cabe preguntarse si la priorización en la variable del nivel socioeconómico es una justificación para el desarrollo de políticas públicas e intervenciones sobre la SSR de jóvenes y adolescentes que se sostiene en la evidencia o corresponde a una lógica sesgada. Este es uno de los elementos que aborda el marco de la justicia sexual y reproductiva, como un enfoque de investigación que se pregunta por cómo la SSR se encuentra condicionada por dinámicas de poder que afectan a grupos socialmente marginados (Morison, 2021). Algunas investigaciones desarrolladas desde esta orientación abordan cómo los discursos de políticas públicas de SSR tienden a basarse en una aparente neutralidad de la estadística, mientras sostienen relaciones que no siempre tienen un correlato en la evidencia y que incluso reproducen la estigmatización sobre ciertos grupos (Morison & Herbert, 2019; O'Quinn & Fields, 2020). Esto, independiente de la intencionalidad, requiere de un abordaje más inclusivo del desarrollo de estudios para poder proveer de servicios de SSR atingentes a la población.

Entonces, se vuelve necesario poder producir evidencias en torno a la relación entre el nivel socioeconómico con indicadores de SSR en jóvenes chilenos, pero también contrastar con otras variables de orden estructural que puedan servir de abordajes alternativos para el desarrollo de políticas públicas no centradas en el individuo, sino que en sus condiciones sociales sin caer en la estigmatización (Morison, 2021). Entre ellas, destaca las estrategias basadas en el nivel educativo, que proporcionan un marco más

integral y promocional a la SSR desde la educación de la sexualidad manteniendo evidencias de su efectividad a nivel internacional (Goldfarb & Lieberman, 2021; Ivanova et al., 2020).

La política actual de educación de la sexualidad en Chile se centra explícitamente en la educación secundaria, conocida como educación media, excluyendo los ciclos de educación primaria, denominados educación general básica, y la educación superior. Esta situación ha llevado a que la educación de la sexualidad sea dirigida por iniciativas propias de los establecimientos de educación primaria o de las instituciones de educación superior, sin contar con lineamientos claros ni mecanismos específicos de evaluación (Yáñez-Urbina, 2023). Este escenario no ha sido modificado, a pesar de los esfuerzos legislativos, bajo el argumento de que no es necesario focalizar esta educación ni de manera temprana ni tardía (Yáñez-Urbina, Sisto, et al., 2023). Por otro lado, la educación media presenta dos modalidades diferenciadas: la científico-humanista (EMCH), de enfoque generalista, y la técnico-profesional (EMTP), de orientación vocacional, ambas con marcadas diferencias en cuanto a asignaturas, contenidos y valoraciones sociales relacionadas con la formación de jóvenes y adolescentes (Agencia de Calidad de la Educación, 2016; Montecinos, 2019; Romero Jeldres, 2020).

Los estudios que analizan los indicadores de SSR en relación con variables educacionales en jóvenes chilenos coinciden en destacar la importancia de un enfoque curricularizado en entornos formales, así como las profundas desigualdades que caracterizan al sistema educativo (Castro-Sandoval et al., 2019). Se observa que las personas con menor nivel educativo, asociado a un acceso limitado a programas de educación de la sexualidad, tienden a adoptar una mayor frecuencia de prácticas de riesgo en comparación con aquellas de mayor escolaridad, quienes presentan un uso más frecuente de métodos anticonceptivos y un mejor conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS; González et al., 2015; González & Molina, 2019). Por otro lado, se ha identificado que los estudiantes de la modalidad EMTP tienen una menor frecuencia en el uso de métodos anticonceptivos y un conocimiento reducido respecto a las ITS, lo cual se asocia a las diferencias curriculares existentes entre esta modalidad y la EMCH (Yáñez-Urbina, 2021).

2. Objetivo

En virtud de los antecedentes expuestos previamente, se planteó como pregunta de investigación ¿Qué factores contribuyen a entender de manera más precisa los indicadores de SSR de los jóvenes chilenos de entre 15 y 29 años? Para responder a esta interrogante, el objetivo del estudio fue comparar la asociación entre los indicadores de SSR de los jóvenes chilenos de entre 15 y 29 años con dos variables de agrupación: nivel socioeconómico y nivel educativo. Este análisis se fundamenta en los datos de la 10ª Encuesta Nacional de Juventud, realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) de Chile en 2022, que proporciona información representativa a nivel nacional sobre estos factores.

3. Método

3.1 Participantes

Este estudio implicó un análisis secundario de datos de la 10ª Encuesta Nacional de Juventud, realizada por el INJUV de Chile en 2022. El conjunto de datos está disponible bajo la licencia Creative Commons CC Zero, que permite su uso sin permisos especiales, de acuerdo con la política de datos abiertos del Gobierno de Chile. La muestra inicial estuvo compuesta por 9,700 jóvenes de entre 15 y 29 años, residentes tanto en áreas urbanas como rurales de todas las regiones del país. Se aplicó un método de muestreo probabilístico, multietápico y estratificado para asegurar la representación proporcional de cada región (INJUV, 2022).

El análisis se centró en los jóvenes sexualmente activos, incluyendo a aquellos que reportaron actividad sexual penetrativa y no penetrativa, y para quienes se pudo ponderar la información sobre su nivel socioeconómico. Como resultado, la muestra final estuvo compuesta por 6.466 participantes sexualmente activos de entre 15 y 29 años, con una edad promedio de 23,1 años ($DE = 4,08$). La Tabla 1 presenta una descripción de las variables sociodemográficas de la muestra final.

Tabla 1

Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas de la muestra final

Identidad de Género			Nivel socioeconómico			Nivel educativo		
Categorías	n	%	Categorías	n	%	Categorías	n	%
Femenino	3.580	55,4	ABC1	270	4,2	EGB	152	2,4
Masculino	2.695	41,7	C2	1.642	25,4	EMTP	1.932	29,9
Otro	191	2,9	C3	2.241	34,7	EMCH	941	14,6
			D	2.038	31,5	ES	3.376	52,2
			E	275	4,3	ESP	65	1,0

Nota. ABC1 = Nivel socioeconómico alto; C2 = Nivel socioeconómico medio-alto; C3 = Nivel socioeconómico medio; D = Nivel socioeconómico medio-bajo; E = Nivel socioeconómico bajo; EGB = Educación General Básica completa o incompleta; EMTP = Educación Media Técnico-Profesional completa o incompleta; EMCH = Educación Media Científico-Humanista completa o incompleta; ES = Educación Superior; ESP = Educación Superior de Postgrado.

3.2 Instrumentos

Se emplearon dos variables de agrupación. La primera fue la clasificación de Nivel Socioeconómico (NSE) según la 10ª Encuesta Nacional de Juventud del INJUV, ordenados del nivel más alto al menor: ABC1 = alto, C2 = medio-alto, C3 = medio, D = medio-bajo, y E = bajo. La segunda fue una reclasificación del nivel educativo (NE) de los encuestados en cinco grupos:

- 1) Educación General Básica (EGB): etapa obligatoria que incluye ocho años de formación, enfocada en el desarrollo integral de los estudiantes, incluye participantes con EGB completa e incompleta;
- 2) Educación Media Técnico-Profesional (EMTP): educación secundaria de cuatro años centrada en una formación técnico-profesional que desarrolla competencias laborales conducentes a certificaciones o títulos técnicos, incluye EMTP completa e incompleta;
- 3) Educación Media Científico-Humanista (EMCH): educación secundaria de cuatro años orientada a una formación general académica que prepara a los estudiantes para la educación superior, incluye EMCH completa e incompleta;
- 4) Educación Superior (ES): nivel educativo conducente a grados o títulos profesionales o técnicos entregados por universidades, institutos profesionales y centros de formación técnica, incluye ES completa e incompleta; y
- 5) Educación Superior de Postgrado (ESP): subnivel de la educación superior enfocado en la especialización y profundización de conocimientos en áreas específicas, a través de programas como magísteres, doctorados y especializaciones, incluye ESP completa e incompleta.

Adicionalmente, se preguntó por una serie de variables relacionadas con la salud sexual y reproductiva, tales como uso de métodos anticonceptivos en la primer y última relación, formas de transmisión del VIH y haber experimentado diversas formas de violencia (física, psicológica, sexual económica y cibernética).

3.3 Plan de análisis

Los datos fueron analizados utilizando el software Jamovi, versión 2.5 (The Jamovi Project, 2024). Primero, se realizó un análisis descriptivo de las variables de SSR para explorar su distribución. Posteriormente, se calcularon las Odds Ratios (OR) junto con sus intervalos de confianza al 95%, con el objetivo de evaluar la asociación y cuantificar la magnitud de la relación entre las variables de SSR y las variables de agrupación (NSE y NE) controlando el efecto de la edad. En este análisis, se controló la edad como variable ajustada para reducir su influencia potencial en las asociaciones evaluadas. Para las comparaciones, se utilizó como grupos de referencia el nivel ABC1 en las comparaciones por NSE y el nivel EGB en las de NE. Esta elección se fundamenta en su utilidad analítica para interpretar las comparaciones: el grupo ABC1, al representar el nivel socioeconómico más alto, facilita la evaluación relativa de las demás categorías en términos de acceso a recursos y ventajas estructurales. Por su parte, el nivel EGB, al constituir el mínimo nivel educativo formal alcanzado en el contexto estudiado, proporciona un punto de partida adecuado para evaluar las diferencias asociadas a niveles educativos superiores. Se consideraron asociaciones estadísticamente significativas aquellas cuyos intervalos de confianza no incluyeran el valor 1.

4. Resultados

4.1 Nivel descriptivo

La Tabla 2 resume los resultados descriptivos de las variables de SSR. Se destaca un alto índice de uso de métodos anticonceptivos de barrera tanto en la primera (69,2%) como en la última (51,7%) relación sexual. Asimismo, se observa un uso incipiente del coito interrumpido como método anticonceptivo, el cual alcanza un 8,6% en la primera y un 5,1% en la última relación sexual. Además, resalta el limitado conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH, ya que menos del 50% de la muestra demostró un conocimiento adecuado. Finalmente, se registran altos índices de violencia física y psicológica dentro de las relaciones de pareja.

Tabla 2

Distribución de frecuencias de las variables en la muestra final

Variable	Definición operacional	No	Sí	Total válidos
MAP. B.	Uso de método anticonceptivo de barrera en la primera relación sexual	30,8%	69,2%	6.514
MAP. H.	Uso de método anticonceptivo hormonal en la primera relación sexual	63,9%	36,1%	5.555
MAP. C.	Uso del coito interrumpido como método anticonceptivo en la primera relación sexual	91,4%	8,6%	3.874
MAU. B.	Uso de método anticonceptivo de barrera en la última relación sexual	48,3%	51,7%	6.514
MAU. H.	Uso de método anticonceptivo hormonal en la última relación sexual	52,4%	47,6%	5.555
MAU. C.	Uso del coito interrumpido como método anticonceptivo en la última relación sexual	94,9%	5,1%	3.810
ENP	Ocurrencia de un embarazo no planificado	79,5%	20,5%	5.156
VIH. R.	Reconocimiento de tres formas reales de transmisión de VIH	51,0%	49,0%	6.514
VIH. F.	Reconocimiento de tres formas falsas de transmisión de VIH	57,9%	42,1%	6.514
T. VIH	Haberse realizado un test de VIH	52,6%	47,4%	6.462
ITS	Haber contraído alguna ITS	96,2%	3,8%	6.393
V. Fis.	Haber experimentado violencia física en la relación de pareja	92,8%	7,2%	3.500
V. Psi.	Haber experimentado violencia psicológica en la relación de pareja	83,8%	16,2%	3.490
V. Sex.	Haber experimentado violencia sexual en la relación de pareja	97,1%	2,9%	3.471
V. Eco.	Haber experimentado violencia económica en la relación de pareja	93,7%	6,3%	3.478
V. Cib.	Haber experimentado violencia cibernética en la relación de pareja	96,1%	3,9%	3.466

4.2 Asociación con el Nivel Socioeconómico

La Tabla 3 presenta los resultados de las variables de SSR desagregados de acuerdo con el NSE. Por su parte, la Tabla 4 presenta el cálculo de OR de la asociación entre cada una de las variables, después de haber controlado por edad.

Entre los hallazgos destaca que todos los niveles socioeconómicos, con excepción de C2, presentan una mayor probabilidad de no usar el coito interrumpido durante la primera relación sexual en comparación con el grupo ABC1 (C3 - ABC1: OR = 1,879, IC 95% [0,667, 1,140]; D - ABC1: OR = 1,714, IC 95% [1,110, 2,650]; E - ABC1: OR = 2,296, IC 95% [1,155, 4,560]).

En contraste, al analizar el reconocimiento de formas de transmisión del VIH, se observa que todos los grupos tienen una mayor probabilidad de no identificar las formas falsas en comparación con ABC1 (C2 - ABC1: OR = 1,759, IC 95% [1,349, 2,292]; C3 - ABC1: OR = 2,208, IC 95% [1,702, 2,865]; D - ABC1: OR = 2,720, IC 95% [2,092, 3,537]; E - ABC1: OR = 2,054, IC 95% [1,456, 2,987]). Asimismo, todos los grupos, excepto C2, tienen una mayor probabilidad de no identificar las formas reales de transmisión del VIH (C3 - ABC1: OR = 1,391, IC 95% [1,078, 1,794]; D - ABC1: OR = 1,428, IC 95% [1,105, 1,845]; E - ABC1: OR = 1,454, IC 95% [1,037, 2,038]).

Tabla 3

Distribución de frecuencias desagregada de las variables de salud sexual y reproductiva según nivel socioeconómico

NSE	MAP. B.			MAP. H.			MAP. C.			MAU. B.		
	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n
ABC1	28,9%	71,1%	270	67,8%	32,2%	270	85,8%	14,2%	204	50,4%	49,6%	270
C2	29,1%	70,9%	1.642	64,7%	35,3%	1.642	90,1%	9,9%	1.145	47,9%	52,1%	1.642
C3	29,2%	70,2%	2.241	64,3%	35,7%	2.241	92,0%	8,0%	1.609	47,1%	52,9%	2.241
D	31,6%	68,4%	2.038	64,2%	35,8%	2.038	91,3%	8,7%	1.456	48,1%	51,9%	2.038
E	36,0%	64,0%	275	68,4%	31,6%	275	93,4%	6,6%	197	47,8%	51,3%	275
NSE	MAU. H.			MAU. C.			ENP			VIH. R.		
	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n
ABC1	52,6%	47,4%	270	91,5%	8,5%	212	86,8%	13,2%	243	43,7%	56,3%	270
C2	53,0%	47,0%	1.642	93,8%	6,2%	1.127	81,8%	18,2%	1.514	49,1%	50,9%	1.642
C3	53,2%	46,8%	2.251	94,4%	5,6%	1.561	70,2%	19,8%	2.071	51,6%	48,4%	2.241
D	56,3%	43,7%	2.038	95,8%	4,2%	1.442	79,3%	20,7%	1.871	52,3%	47,7%	2.038
E	56,0%	44,0%	275	95,7%	4,3%	188	78,7%	21,3%	253	52,7%	47,3%	275
NSE	VIH. F.			T. VIH			ITS			V. Fis.		
	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n
ABC1	38,5%	61,5%	270	51,1%	48,9%	270	93,7%	6,3%	269	92,9%	7,1%	156
C2	51,9%	48,1%	1.642	51,1%	48,9%	1.630	95,4%	4,6%	1.621	94,6%	5,4%	891
C3	58,8%	41,2%	2.241	46,8%	53,2%	2.221	96,8%	3,2%	2.214	91,6%	8,4%	1.221
D	63,8%	36,2%	2.038	45,9%	54,1%	2.020	96,2%	3,8%	2.014	92,7%	7,3%	1.075
E	57,7%	42,3%	275	43,6%	56,4%	275	97,5%	2,5%	275	91,5%	8,5%	142
NSE	V. Psi.			V. Sex.			V. Eco.			V. Cib.		
	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n
ABC1	84,0%	16,0%	156	97,4%	2,6%	155	96,1%	3,9%	155	97,4%	2,6%	155
C2	83,3%	16,7%	885	97,0%	3,0%	880	94,5%	5,5%	883	96,7%	3,3%	880
C3	83,2%	16,8%	1.221	96,9%	3,1%	1.214	93,6%	6,4%	1.215	95,8%	4,2%	1.211
D	84,7%	15,3%	1.072	97,4%	2,6%	1.065	92,9%	7,1%	1.068	96,1%	3,9%	1.064
E	83,0%	17,0%	141	95,8%	4,2%	142	93,7%	6,3%	142	94,3%	5,7%	141

Nota. NSE = Nivel Socioeconómico; ABC1 = Nivel socioeconómico alto; C2 = Nivel socioeconómico medio-alto; C3 = Nivel socioeconómico medio; D = Nivel socioeconómico medio-bajo; E = Nivel socioeconómico bajo; MAP. B. = Uso de método anticonceptivo de barrera en la primera relación sexual; MAP. H. = Uso de método anticonceptivo hormonal en la primera relación sexual; MAP. C. = Uso de coito interrumpido como método anticonceptivo en la primera relación sexual; MAU. B. = Uso de método anticonceptivo de barrera en la última relación sexual; MAU. H. = Uso de métodos anticonceptivos hormonales en la última relación sexual; MAU. C. = Uso del coito interrumpido como método anticonceptivo en la última relación sexual; ENP = Embarazo no planificado; VIH. R. = Reconocimiento de formas reales de transmisión de VIH; VIH. F. = Reconocimiento de formas falsas de transmisión de VIH; T. VIH = Aplicación de un test de VIH; ITS = Haber contraído alguna ITS; V. Fis. = Violencia física en la pareja; V. Psi. = Violencia psicológica en la pareja; V. Sex. = Violencia sexual en la pareja; V. Eco. = Violencia económica en la pareja; V. Cib. = Violencia cibernética en la pareja; n = tamaño del grupo.

Tabla 4

Odds Ratio de la asociación de variables de salud sexual y reproductiva con el nivel socioeconómico

Grupos NSE	MAP. B.	MAP. H.	MAP. C.	MAU. B.	MAU. H.	MAU. C.	ENP	VIH. R.
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
C2 - ABC1	0,995 [0,747, 1,323]	0,864 [0,656, 1,140]	1,522 [0,0981, 2,360]	0,869 [0,667, 1,133]	1,021 [0,789, 1,320]	1,401 [0,816, 2,400]	0,692 [0,462, 1,036]	1,237 [0,954, 1,603]
C3 - ABC1	1,062 [0,802, 1,406]	0,873 [0,667, 1,140]	1,879 [1,218, 2,900]*	0,958 [0,739, 1,234]	1,017 [0,790, 1,310]	1,570 [0,924, 2,67]	0,492 [0,330, 0,732]*	1,391 [1,078, 1,794]*
D - ABC1	1,191 [0,899, 1,578]	0,869 [0,662, 1,140]	1,714 [1,110, 2,650]*	1,007 [0,775, 1,308]	1,152 [0,893, 1,490]	2,098 [1,213, 3,630]*	0,457 [0,307, 0,681]*	1,428 [1,105, 1,845]*
E - ABC1	1,453 [1,011, 2,088]*	1,046 [1,010, 1,040]*	2,296 [1,155, 4,560]*	1,208 [0,728, 1,452]	1,139 [0,813, 1,600]	2,085 [0,884, 4,920]	0,441 [0,269, 0,723]*	1,454 [1,037, 2,038]*
Grupos NSE	VIH. F.	T. VIH	ITS	V. Fis.	V. Psi	V. Sex.	V. Eco.	V. Cib.
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
C2 - ABC1	1,759 [1,349, 2,292]*	1,062 [0,807, 1,397]	1,466 [0,848, 2,536]	1,344 [0,681, 2,652]	0,955 [0,601, 1,519]	0,871 [0,300, 2,530]	0,691 [0,289, 1,649]	0,78 [0,270, 2,250]
C3 - ABC1	2,208 [1,702, 2,865]*	1,041 [0,795, 1,363]	1,846 [1,066, 3,198]*	0,779 [0,408, 1,489]	0,898 [0,570, 1,415]	0,803 [0,282, 2,280]	0,507 [0,216, 1,188]	0,586 [0,209, 1,650]
D - ABC1	2,72 [2,092, 3,537]*	1,073 [0,818, 1,407]	1,549 [0,897, 2,676]	0,882 [0,457, 1,702]	0,99 [0,624, 1,570]	0,955 [0,330, 2,770]	0,439 [0,187, 1,030]	0,638 [0,225, 1,810]
E - ABC1	2,054 [1,456, 2,987]*	1,198 [0,837, 1,714]	2,325 [0,944, 5,726]	0,74 [0,315, 1,741]	0,856 [0,462, 1,584]	0,581 [0,160, 2,110]	0,477 [0,827, 0,895]*	0,421 [0,124, 1,430]

Nota. NSE = Nivel socioeconómico; ABC1 = Nivel socioeconómico alto; C2 = Nivel socioeconómico medio-alto; C3 = Nivel socioeconómico medio; D = Nivel socioeconómico medio-bajo; E = Nivel socioeconómico bajo; MAP. B. = Uso de método anticonceptivo de barrera en la primera relación sexual (no/sí); MAP. H. = Uso de método anticonceptivo hormonal en la primera relación sexual (no/sí); MAP. C. = Uso de coito interrumpido como método anticonceptivo en la primera relación sexual (no/sí); MAU. B. = Uso de método anticonceptivo de barrera en la última relación sexual (no/sí); MAU. H. = Uso de métodos anticonceptivos hormonales en la última relación sexual (no/sí); MAU. C. = Uso del coito interrumpido como método anticonceptivo en la última relación sexual (no/sí); ENP = Embarazo no planificado (no/sí); VIH. R. = Reconocimiento de formas reales de transmisión de VIH (no/sí); VIH. F. = Reconocimiento de formas falsas de transmisión de VIH (no/sí); T. VIH = Aplicación de un test de VIH (no/sí); ITS = Haber contraído alguna ITS; V. Fis. = Violencia física en la pareja (no/sí); V. Psi. = Violencia psicológica en la pareja (no/sí); V. Sex. = Violencia sexual en la pareja (no/sí); V. Eco. = Violencia económica en la pareja (no/sí); V. Cib. = Violencia cibernética en la pareja (no/sí); OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza; * = Significativo con un IC que no incluye el valor 1.

4.3 Asociación con el Nivel Educativo

La Tabla 5 presenta los resultados de las variables de SSR desagregados de acuerdo con el NE. Por su parte, la Tabla 6 presenta el cálculo de OR de la asociación entre cada una de las variables.

En términos generales, los resultados indican que los estudiantes de EMTP tienen una menor probabilidad de no usar métodos hormonales en su primera relación sexual en comparación con EGB ($OR = 0,672, IC\ 95\% [0,458, 0,986]$). Asimismo, los grupos EMCH y EMTP presentan una mayor probabilidad de no haber contraído ITS en comparación con EGB (EMCH - EGB: $OR = 2,571, IC\ 95\% [1,260, 5,245]$; EMTP - EGB: $OR = 2,565, IC\ 95\% [1,188, 5,538]$). Por otro lado, los estudiantes de ESP destacan por una probabilidad significativamente menor de no reconocer formas falsas de transmisión del VIH en comparación con EGB ($OR = 0,128, IC\ 95\% [0,065, 0,251]$) y una mayor probabilidad de no haber tenido un embarazo no planificado ($OR = 3,362, IC\ 95\% [1,559, 7,251]$).

Tabla 5
Distribución de frecuencias desagregada de las variables de salud sexual y reproductiva según nivel socioeconómico

NE	MAP. B.			MAP. H.			MAP. C.			MAU. B.		
	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n
EGB	45,4%	54,6%	152	73,0%	27,0%	152	95,5%	4,5%	110	60,5%	39,5%	152
EMTP	31,1%	68,9%	941	64,1%	35,9%	941	94,9%	5,1%	684	46,4%	53,6%	941
EMCH	33,2%	66,8%	1.932	69,0%	31,0%	1.932	93,2%	6,8%	1.390	48,3%	51,7%	1.932
ES	27,5%	72,5%	3.376	63,6%	36,4%	3.376	88,7%	11,3%	2.383	47,0%	53,0%	3.376
ESP	30,8%	69,2%	65	67,7%	32,3%	65	88,6%	11,4%	44	64,6%	35,4%	65
NE	MAU. H.			MAU. C.			ENP			VIH. R.		
	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n
EGB	63,8%	36,2%	152	96,3%	3,7%	109	71,9%	28,1%	139	59,9%	40,1%	152
EMTP	59,3%	40,7%	941	95,7%	4,3%	672	80,4%	19,6%	873	54,5%	45,5%	941
EMCH	60,7%	39,3%	1.932	96,2%	3,8%	1.346	78,6%	21,4%	1.700	54,2%	45,8%	1.932
ES	48,7%	51,3%	3.376	93,4%	6,6%	2.360	81,9%	18,1%	3.176	47,8%	52,2%	3.376
ESP	53,8%	46,2%	65	90,7%	9,3%	43	82,8%	17,2%	64	38,5%	61,5%	65
NE	VIH. F.			T. VIH			ITS			V. Fis.		
	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n
EGB	74,3%	25,7%	152	58,3%	41,7%	151	93,4%	6,6%	151	93,9%	6,1%	82
EMTP	66,2%	33,8%	941	59,3%	40,7%	932	97,5%	2,5%	926	92,0%	8,0%	523
EMCH	66,1%	33,9%	1.932	60,1%	39,9%	1.909	97,6%	2,4%	1.904	92,2%	7,8%	1.023
ES	50,4%	49,6%	3.376	46,2%	53,8%	3.359	95,2%	4,8%	3.347	93,3%	6,7%	1.810
ESP	24,6%	75,4%	65	27,7%	72,3%	65	89,2%	10,8%	65	91,5%	8,5%	47
NE	V. Psi.			V. Sex.			V. Eco.			V. Cib.		
	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n	No	Sí	n
EGB	86,4%	13,6%	81	97,5%	2,5%	81	90,0%	10,0%	80	100,0%	0,0%	81
EMTP	84,3%	15,7%	523	98,1%	1,9%	521	93,7%	6,3%	522	94,8%	5,2%	517
EMCH	84,0%	16,0%	1.021	96,5%	3,5%	101	93,3%	6,7%	1.016	96,4%	3,6%	1.014
ES	83,4%	16,6%	180	97,0%	3,0%	1.795	94,1%	5,9%	1.798	96,3%	3,7%	1.793
ESP	76,6%	23,4%	47	95,7%	4,3%	46	93,6%	6,4%	47	93,5%	6,5%	46

Nota. NE = Nivel educativo; EGB = Educación General Básica; EMTP = Educación Media Técnico-Profesional; EMCH = Educación Media Científico-Humanista; ES = Educación Superior; ESP = Educación Superior de Postgrado; MAP. B. = Uso de método anticonceptivo de barrera en la primera relación sexual; MAP. H. = Uso de método anticonceptivo hormonal en la primera relación sexual; MAP. C. = Uso de coito interrumpido como método anticonceptivo en la primera relación sexual; MAU. B. = Uso de método anticonceptivo de barrera en la última relación sexual; MAU. H. = Uso de métodos anticonceptivos hormonales en la última relación sexual; MAU. C. = Uso del coito interrumpido como método anticonceptivo en la última relación sexual; ENP = Embarazo no planificado; VIH. R. = Reconocimiento de formas reales de transmisión de VIH; VIH. F. = Reconocimiento de formas falsas de transmisión de VIH; T. VIH = Aplicación de un test de VIH; ITS = Haber contraído alguna ITS; V. Fis. = Violencia física en la pareja; V. Psi. = Violencia psicológica en la pareja; V. Sex. = Violencia sexual en la pareja; V. Eco. = Violencia económica en la pareja; V. Cib. = Violencia cibernética en la pareja; n = tamaño del grupo.

5. Discusión

Este artículo analizó cómo el NSE y el NE se asocian con indicadores de SSR en jóvenes chilenos de 15 a 29 años, buscando generar evidencias que fundamenten políticas públicas más inclusivas. Aunque el NSE ha sido una variable tradicionalmente utilizada en la formulación de políticas, su enfoque exclusivo carece de sustento empírico robusto a nivel nacional (Castro-Sandoval et al., 2019; González et al., 2013; Leal et al., 2018). Además, puede reproducir prejuicios hacia grupos marginados (Morison & Herbert, 2019; O'Quinn & Fields, 2020). Este estudio propone una perspectiva comparativa para repensar estas intervenciones bajo un enfoque más inclusivo y crítico (Morison & Herbert, 2019).

Los resultados muestran que, aunque el NSE es relevante para analizar la SSR en jóvenes, su impacto no es uniforme. Los niveles C3 y E están asociados con menor uso de métodos de barrera en la primera relación sexual y menor conocimiento sobre VIH.

Tabla 6

Odds Ratio de la asociación de variables de salud sexual y reproductiva con el nivel educativo

Grupos NE	MAP. B.	MAP. H.	MAP. C.	MAU. B.	MAU. H.	MAU. C.	ENP	VIH. R.
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
EMTP-EGB	0,562 [0,396, 0,799]*	0,672 [0,458, 0,986]*	0,874 [0,335, 2,283]	0,590 [0,410, 0,850]*	0,828 [0,580, 1,182]	0,857 [0,295, 2,490]	1,500 [0,973, 2,312]	0,815 [0,575, 1,156]
EMCH-EGB	0,636 [0,454, 0,890]*	0,851 [0,586, 1,234]	0,646 [0,257, 1,626]	0,675 [0,475, 0,959]*	0,878 [0,623, 1,238]	0,99 [0,350, 2,800]	1,256 [0,830, 1,901]	0,814 [0,581, 1,140]
ES-EGB	0,306 [0,306, 0,595]*	0,58 [0,402, 0,837]*	0,375 [0,1562, 0,928]*	0,493 [0,349, 0,698]*	0,536 [0,382, 0,752]*	0,532 [0,193, 1,460]	2,055 [1,369, 3,086]*	0,6 [0,430, 0,836]*
ESP-EGB	0,426 [0,229, 0,793]*	0,685 [0,363, 1,292]	0,384 [0,105, 1,403]	0,748 [0,403, 1,389]	0,652 [0,361, 1,178]	0,353 [0,083, 1,05]	3,362 [1,559, 7,251]*	0,386 [0,212, 0,702]*
Grupos NE	VIH. F.	T. VIH	ITS	V. Fis.	V. Psi	V. Sex	V. Eco	V. Cib.
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
EMTP-EGB	0,657 [0,444, 0,970]*	0,918 [0,630, 1,336]	2,565 [1,188, 5,528]*	0,689 [0,264, 1,802]	0,796 [0,403, 1,573]	1,267 [0,272, 5,900]	1,405 [0,617, 3,202]	<0,001 [<0,001, <0,001]
EMCH-EGB	0,655 [0,442, 0,941]*	0,881 [0,613, 1,265]	2,571 [1,260, 5,245]*	0,696 [0,273, 1,776]	0,766 [0,396, 1,482]	0,688 [0,162, 2,920]	1,266 [0,578, 2,773]	<0,001 [<0,001, <0,001]
ES-EGB	0,361 [0,249, 0,523]	0,676 [0,474, 0,964]*	1,496 [0,768, 2,914]	0,915 [0,363, 2,307]	0,799 [0,417, 1,531]	0,839 [0,200, 3,500]	1,746 [0,810, 3,760]	<0,001 [<0,001, <0,001]
ESP-EGB	0,128 [0,065, 0,251]*	0,464 [0,828, 0,851]*	0,838 [0,302, 2,329]	0,824 [0,209, 3,245]	0,592 [0,233, 1,502]	0,591 [0,080, 4,360]	2,22 [0,554, 8,894]	<0,001 [<0,001, <0,001]

Nota. NE = Nivel educativo; EGB = Educación General Básica; EMTP = Educación Media Técnico-Profesional; EMCH = Educación Media Científico-Humanista; ES = Educación Superior; ESP = Educación Superior de Postgrado; MAP. B. = Uso de método anticonceptivo de barrera en la primera relación sexual (no/sí); MAP. H. = Uso de método anticonceptivo hormonal en la primera relación sexual (no/sí); MAP. C. = Uso de coito interrumpido como método anticonceptivo en la primera relación sexual (no/sí); MAU. B. = Uso de método anticonceptivo de barrera en la última relación sexual (no/sí); MAU. H. = Uso de métodos anticonceptivos hormonales en la última relación sexual (no/sí); MAU. C. = Uso del coito interrumpido como método anticonceptivo en la última relación sexual (no/sí); ENP = Embarazo no planificado (no/sí); VIH. R. = Reconocimiento de formas reales de transmisión de VIH (no/sí); VIH. F. = Reconocimiento de formas falsas de transmisión de VIH (no/sí); T. VIH = Aplicación de un test de VIH (no/sí); ITS = Haber contraído alguna ITS; V. Fis. = Violencia física en la pareja (no/sí); V. Psi. = Violencia psicológica en la pareja (no/sí); V. Sex. = Violencia sexual en la pareja (no/sí); V. Eco. = Violencia económica en la pareja (no/sí); V. Cib. = Violencia cibernética en la pareja (no/sí); OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza; * = Significativo con un IC que no incluye el valor 1.

En contraste, el grupo ABC₁ presenta desafíos específicos, como mayor uso del coito interrumpido en la primera y última relación sexual y más reportes de violencia económica en la pareja. Esto resalta la necesidad de matizar las intervenciones según las particularidades de cada grupo.

Estas tendencias ponen de manifiesto que el NSE es una variable que es de utilidad para la identificación de desafíos diferenciados para cada uno de los grupos que podrían estar asociados a mayor disponibilidad de recursos, prácticas culturales propias u otras variables. Asimismo, los discursos que asocian directamente la pobreza con prácticas de riesgo en materia de SSR no solamente reproducen la estigmatización (Morison & Herbert, 2019; O’Quinn & Fields, 2020), sino que también son el fundamento para una focalización que no logra responder a las necesidades propias de los jóvenes (Yáñez-Urbina & Baleriola, 2024). Para avanzar hacia una justicia sexual y reproductiva, es necesario integrar estas particularidades en políticas públicas inclusivas y fundamentadas (Morison & Herbert, 2019).

Por otro lado, las asociaciones de los indicadores de SSR con el NE muestran una mayor consistencia que permite sostener que los años de educación formal pueden constituir un factor protector para la población de jóvenes chilenos. En lo específico, EGB muestra de manera consistente los resultados más desfavorables en comparación con todo el resto de los niveles. Los jóvenes de este grupo presentan una mayor probabilidad de no usar métodos anticonceptivos efectivos, menor conocimiento sobre transmisión del VIH y mayor exposición a embarazos no planificados e ITS. Esto no solamente es consistente con estudios anteriores (Yáñez-Urbina,

2021), sino que también puede ser interpretado como una brecha estructural asociada a la exclusión de programas de educación de la sexualidad más allá de los contenidos curriculares básicos (Yañez-Urbina, 2023).

Las modalidades EMCH y EMTP presentan diferencias relevantes en su impacto sobre la SSR. Ambas superan consistentemente a EGB, con menor probabilidad de no usar métodos de barrera y mayor probabilidad de no haber contraído ITS. Sin embargo, EMTP destaca por su relación con un mayor uso de métodos hormonales, lo que podría reflejar un enfoque más práctico en temas de cuidado personal (Agencia de Calidad de la Educación, 2016). No obstante, esta modalidad muestra desventajas en el reconocimiento de formas de transmisión de VIH, probablemente debido a la menor profundización teórica en contenidos de SSR, en comparación con EMCH (Montecinos, 2019; Romero Jeldres, 2020). Estas diferencias subrayan la necesidad de diseñar estrategias educativas adaptadas a las características específicas de cada modalidad.

En términos generales, NSE y NE son variables relevantes, pero los resultados de este estudio invitan a repensar cómo han sido conceptualizadas en la formulación de políticas públicas. Tal como sugieren Lynch et al. (2024), Morison y Herbert (2019) y O'Quinn y Fields (2020), el discurso del riesgo que ha imperado en la formulación de políticas públicas sobre SSR en jóvenes y adolescentes ha tendido a replicar una lógica de jerarquía moral en donde ciertos grupos están en más o menos riesgo que otros de manera lineal y coherente. En cambio, los hallazgos de esta investigación pueden ser interpretados de manera más justa e inclusiva (Morison, 2021) siguiendo la clave de necesidades específicas de cada uno de los grupos de acuerdo con dimensiones de acceso a recursos y servicios, modalidades educativas, prácticas culturales, entre otros factores.

Más que considerar a los NSE bajos como intrínsecamente más vulnerables, los hallazgos resaltan desafíos específicos en todos los niveles. El grupo ABC₁ enfrenta problemas relacionados con el uso del coito interrumpido y la violencia económica, mientras que los niveles C₃ y E requieren intervenciones en el uso de métodos de barrera y el reconocimiento de formas de transmisión del VIH. A nivel educativo, las diferencias entre EMTP y EMCH reflejan la necesidad de enfoques específicos que respondan a sus particularidades curriculares, asegurando un abordaje integral en educación de la sexualidad. Estas observaciones demandan investigaciones adicionales que analicen las dinámicas culturales, sociales, educativas y estructurales que explican estas conductas (Morison, 2021).

Aunque este estudio se centró en el análisis comparativo del NSE y NE en relación con indicadores de SSR, los resultados destacan la necesidad de ampliar la mirada hacia otros factores estructurales y culturales que configuran las necesidades de cada uno de los grupos. Estas observaciones justifican la construcción de políticas públicas basadas en marcos de justicia social que, además de evitar la estigmatización de grupos marginados (Morison & Herbert, 2019; O'Quinn & Fields, 2020), respondan de manera efectiva a las necesidades situadas de jóvenes y adolescentes (Yañez-Urbina & Baleriola, 2024). De esta forma, se promueve no solo una mayor equidad en SSR, sino también una comprensión más integral de los desafíos estructurales que enfrenta la población juvenil.

5.1 Recomendaciones para la acción

Para abordar las desigualdades observadas en los indicadores de SSR, las políticas públicas deberían considerar un enfoque integral que supere las limitaciones del discurso del riesgo y que priorice las necesidades estructurales y educativas de los jóvenes. En primer lugar, las estrategias educativas deben diseñarse considerando tanto las particularidades de cada modalidad educativa como los elementos transversales que promuevan una SSR integral. Los resultados de este estudio evidencian diferencias significativas entre modalidades como la EMTP y la EMCH, lo que subraya la necesidad de intervenciones específicas. En la modalidad EMTP,

por ejemplo, es crucial reforzar los conocimientos teóricos sobre ITS y métodos anticonceptivos, mientras que en la modalidad EMCH puede priorizarse la aplicación práctica de estos conocimientos en contextos cotidianos. Además, se deben incorporar elementos transversales como la equidad de género y el acceso a información comprensible y culturalmente relevante en todos los niveles educativos. Estas estrategias no solo deben enfocarse en la transmisión de conocimientos, sino también en la promoción de habilidades críticas que permitan a los jóvenes tomar decisiones informadas en materia de SSR.

En segundo lugar, los responsables de la formulación de políticas deberían diseñar estrategias que consideren las particularidades de los distintos niveles socioeconómicos. Por ejemplo, los programas destinados a jóvenes de nivel socioeconómico bajo pueden enfocarse en aumentar el acceso a métodos anticonceptivos y mejorar el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS). Esto puede incluir esfuerzos para eliminar barreras estructurales, como la disponibilidad limitada de servicios de salud sexual en áreas marginadas, y la implementación de campañas educativas culturalmente pertinentes que utilicen formatos accesibles, como medios digitales y talleres comunitarios. Asimismo, los programas dirigidos a niveles socioeconómicos altos pueden abordar prácticas específicas como el uso del coito interrumpido y dinámicas de violencia económica. Es necesario que estas estrategias consideren las dinámicas culturales y relacionales propias de estos contextos, promoviendo espacios de reflexión y diálogo que desafíen las creencias normalizadas sobre estas prácticas. Asimismo, estas intervenciones pueden incluir herramientas para el desarrollo de habilidades críticas que permitan a los jóvenes evaluar y modificar sus comportamientos de manera informada y consciente.

Por último, es necesario replantear las políticas públicas desde un marco inclusivo y fundamentado en evidencia. El predominante discurso del riesgo, que ha caracterizado la formulación de políticas en SSR, no solo perpetúa estereotipos sobre ciertos grupos, sino que también conduce a intervenciones que, en muchos casos, son poco pertinentes y no responden a las necesidades reales de los jóvenes. Este enfoque tiende a jerarquizar a algunos grupos como más vulnerables que otros, lo cual simplifica las dinámicas estructurales y culturales que configuran las prácticas en SSR. Las políticas deberían abandonar esta lógica y centrarse en promover la equidad a través de estrategias que integren las diferencias y necesidades específicas de cada grupo, evitando generalizaciones y narrativas estigmatizantes.

5.2 Limitaciones y direcciones futuras

Este estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus hallazgos. En primer lugar, el análisis se basa en datos secundarios, lo que restringe la capacidad de explorar dinámicas contextuales y subjetivas que podrían enriquecer la comprensión de los indicadores de SSR. Además, el uso de categorías amplias para el nivel socioeconómico y educativo puede haber ocultado variaciones importantes dentro de estos grupos. En términos metodológicos, aunque los datos de la 10.^a Encuesta Nacional de Juventud son representativos a nivel nacional, su naturaleza transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas o incluso dificulta una profundización específica en la dimensión de la SSR.

Asimismo, sería valioso incorporar enfoques cualitativos para explorar las narrativas y experiencias de los jóvenes en relación con su educación sexual y reproductiva. Esto podría revelar dinámicas culturales y estructurales que actualmente no se capturan mediante análisis cuantitativos. Finalmente, futuras investigaciones deberían considerar otros determinantes sociales y culturales, como la etnicidad y las diferencias geográficas, para desarrollar políticas más inclusivas y contextualizadas.

6. Conclusiones

Este estudio tuvo como objetivo comparar la asociación entre los indicadores de SSR de jóvenes chilenos de 15 a 29 años con el NSE y el NE. Los resultados evidencian que el NSE muestra asociaciones menos consistentes en comparación con el NE. Sin embargo, el análisis permite focalizar sobre las necesidades diferenciadas de cada grupo, tensionando el discurso del riesgo que está a la base de la construcción de políticas públicas de SSR. Por lo cual, se propone un desplazamiento desde el riesgo hacia un análisis basado en necesidades específicas, las que permiten diseñar políticas fundamentadas en condiciones estructurales. Esto implica superar las lógicas estigmatizadoras asociadas al NSE, y otros factores, para transitar hacia modelos que prioricen la diversidad de trayectorias educativas, el acceso a servicios, y la consideración de factores culturales, económicos y sociales como configuradores centrales de las prácticas en SSR. En este marco, se refuerza la urgencia de desarrollar investigaciones que exploren las interacciones entre factores estructurales y prácticas sexuales, permitiendo articular intervenciones situadas que respondan de manera integral y efectiva a las necesidades de jóvenes y adolescentes. Este enfoque no solo contribuye a la construcción de una justicia sexual y reproductiva más equitativa, sino que también amplía las posibilidades de intervención desde una perspectiva técnica y culturalmente pertinente.

Referencias

- Agencia de Calidad de la Educación. (2016). *Panorama de la educación media técnico profesional en Chile*.
http://archivos.agenciaeducacion.cl/Panorama_Ed_TP_en_Chile.pdf
- Akande, E. O. (2021). Sexual and Reproductive Health and Rights: An Overview. In F. Okonofua, J. Balogun, K. Odunsi, & V. Chilaka (Eds.), *Contemporary Obstetrics and Gynecology for Developing Countries* (pp. 3-6). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-75385-6_1
- Castro-Sandoval, G., Carrasco-Portiño, M., Solar-Bustos, F., Catrien-Carrillo, M., Garcés-González, C., & Marticorena-Guajardo, C. (2019). Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile, período 2010 – 2017. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 84(1), 28–40. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000100028>
- Goldfarb, E. S., & Lieberman, L. D. (2021). Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 13-27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>
- González, E., & Molina, T. (2019). Inicio sexual en contexto de sexo casual y su asociación a comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 84(1), 7-17. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262019000100007>
- González, E., González, D., Molina, T., & Larrondo, P. (2019). Variables familiares, nivel socioeconómico y apoyo social asociadas a comportamientos de riesgo en salud en adolescentes chilenos. *Cuadernos Médico Sociales*, 59(2), 23–35. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/204>
- González, E., Molina T., & Luttes, C. (2015). Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(1), 24-32. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262015000100004>
- González, E., Molina, T., Montero, A., & Martínez, V. (2013). Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(1), 4-13. <http://doi.org/10.4067/S0717-75262013000100002>
- Instituto Nacional de la Juventud. (2022). 10.ª *Encuesta Nacional de Juventudes 2022*. https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma_encuesta_nacional_de_juventudes_2022.pdf
- Ivanova, O., Rai, M., Michielsen, K., & Dias, S. (2020). How Sexuality Education Programs Have Been Evaluated in Low- and Lower-Middle-Income Countries? A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8183. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218183>
- Leal, I., Molina, T., Luttes, C., González, E., & González, D. (2018). Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(2), 149-160. <http://doi.org/10.4067/s0717-75262018000200149>
- Lynch, I., Macleod, C. I., Chiweshe, M. T., & Moore, S.-A. (2024). Vulnerable Youth or Vulnerabilising Contexts? A Critical Review of Youth Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Policies in Eastern and Southern Africa. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-01018-y>
- Montecinos, M. J. (2019). Enunciados sobre la educación media técnico-profesional y su lugar B en el dispositivo educacional. *Última Década*, 27(52), 25-49. <https://doi.org/10.4067/S0718-22362019000200025>
- Morison, T. (2021). Reproductive justice: A radical framework for researching sexual and reproductive issues in psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 15(6), e12605. <https://doi.org/10.1111/spc3.12605>

- Morison, T., & Herbert, S. (2019) Rethinking 'Risk' in Sexual and Reproductive Health Policy: the Value of the Reproductive Justice Framework. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 434–445. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0351-z>
- O'Quinn, J., & Fields, J. (2020). The Future of Evidence: Queerness in Progressive Visions of Sexuality Education. *Sexuality Research and Social Policy*, 17(2), 175–187. <https://doi.org/10.1007/s13178-019-00395-z>
- Romero Jeldres, M. (2020). Competencias pedagógicas. Hacia la construcción de una didáctica para la Educación Media Técnico Profesional. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 19(40), 53-69. <https://revistas.ucsc.cl/index.php/rexe/article/view/963>
- The jamovi project (2024). *jamovi* (Version 2.5) [Computer software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
- Vargas-Chávez, P., Henríquez-Figueroa, S., & León-Pino, J. (2023). Conductas sexuales según sexo y nivel socioeconómico en adolescentes universitarios de una universidad pública de Chile. *Index de Enfermería*, 32(2), e14309. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235793>
- World Health Organization. (2010). *Measuring sexual health. Conceptual and practical considerations and related indicators*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70434/who_rhr_10.12_eng.pdf?sequence=1
- Yáñez-Urbina, C. (2023). El problema de la educación sexual: un panorama general y su implicancia en el Sistema Escolar Chileno. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 22(49), 250-268. <https://doi.org/10.21703/rexe.v22i49.2022>
- Yáñez-Urbina, C. (2021). Asociación entre nivel educativo y salud sexual de jóvenes chilenos de 15 a 29 años. *Revista Chilena De Salud Pública*, 25(2), 241–247. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.67049>
- Yáñez-Urbina, C., & Baleriola, E. (2024). Sexuality Education Between Biopolitics and Psychopolitics: A Critical Inquiry into Chile's Youth Friendly Spaces Program. *American Journal of Sexuality Education*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/15546128.2024.2408248>
- Yáñez-Urbina, C., López Leiva, V., & Tirado Serrano, F. (2023). Gobernar la sexualidad: Análisis de la discusión de un proyecto de ley en Chile. *Psicología & Sociedad*, 35, e266354. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2023v35e266354>
- Yáñez-Urbina, C., Sisto, V., López, V., & Tirado, F. (2023). "Eso ya se está haciendo": Análisis simétrico de la política chilena de educación de la sexualidad. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 31(129). <https://doi.org/10.14507/epaa.31.7891>

Statements

Funding: This study received no external funding.

Acknowledgments: The author would like to thank the National Youth Institute of Chile (INJUV) for providing public access to the dataset used in this research.

Conflicts of Interest: The author declares no conflict of interest.

Ethics Committee Review Statement: Not applicable, as secondary data were used.

Informed Consent Statement: Not applicable, as secondary data were used.

Data Availability Statement: The data are publicly available on the open data platform of the Government of Chile at the following link: <https://datos.gob.cl/dataset/10ma-encuesta-nacional-de-juventud>

Artificial Intelligence Statement: During the preparation of this manuscript, the author used ChatGPT (version 4.0) for editing and grammar correction of certain paragraphs initially written by the author. The authors have thoroughly reviewed and revised the output and accept full responsibility for the content of this publication.