

POLÍTICA DE CONTROL DE ACCESO INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE

Fecha de Emisión: 09/12/2011

Versión: 5

Fecha de actualización: 14/01/2022

Revisado por:
Jefe de
Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de
"documento controlado" se considera copia no controlada.

Aprobado por:
Comité Único de
Riesgo, de Calidad y
de Seguridad de la
Información

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.	3
2. OBJETIVO.	3
3. ALCANCE.	3
4. REQUISITO DEL CONTROL NORMATIVO ISO 27001:2013.	4
5. REFERENCIAS NORMATIVAS.	4
6. DOCUMENTOS RELACIONADOS.	5
7. DEFINICIONES.	5
8. ROLES Y RESPONSABILIDADES.	7
9. LINEAMIENTOS DE LA PRESENTE POLITICA.	8
10. DIFUSIÓN.	8
11. DENUNCIAS Y NOTIFICACIONES.	10
12. REEVALUACIÓN.	10
13. CUMPLIMIENTO.	10
14. CONTROL DE CAMBIOS.	11

Revisado por:
 Jefe de
 Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de
 "documento controlado" se considera copia no controlada.

Aprobado por:
 Comité Único de
 Riesgo, de Calidad y
 de Seguridad de la
 Información

1. INTRODUCCIÓN.

Para dar cumplimiento al proceso de modernización del Estado, el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), aprobó el presente documento, teniendo en consideración la NCh ISO 27001 y el Sistema de Gestión Integrado, bajo las normas ISO 9001, ISO IEC 17025, ISO 15189, ISO IEC 17043, ISO 17034, ISO Guide 35 y Norma Técnica 139/2012 de Buenas Prácticas de Laboratorio de la OMS.

Para los efectos de esta Política, los documentos electrónicos constituyen un activo para la entidad que los genera y obtiene. La información que contiene es el resultado de una acción determinada y sustenta la toma de decisiones, por parte de quien la administra y accede a ella.

Este documento no se trata de una descripción técnica de mecanismos de seguridad, sino más bien del marco en que se debe trabajar tanto en la instalación como en la utilización de software en equipos y servidores de uso institucional.

2. OBJETIVO.

Proporcionar los lineamientos para resguardar el acceso físico y lógico a los activos del Instituto de Salud Pública, a fin de garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información relevante de la Institución.

3. ALCANCE.

El alcance de esta Política abarca a todos(as) los(as) funcionarios(as) de planta, contrata, honorarios y a toda persona natural o jurídica que preste servicios al ISP y que, a raíz de ello, tenga la necesidad de realizar diversos accesos a los sistemas físicos y lógicos que la organización posea, incluyendo los archivos de documentación, las aplicaciones comerciales, las bases de datos, las aplicaciones desarrolladas internamente, los equipos, las instalaciones, los sistemas y las redes.

Esta Política considera a todos los procesos operacionales, de apoyo y estratégicos que requieran en cualquiera de sus etapas la aplicación de controles de acceso tanto lógico como físicos.

Asimismo, esta incluye a todos los activos de información que el ISP posee, de manera que la no inclusión explícita en el presente documento no constituye argumento para no proteger activos de información que se encuentren en otras formas. Así esta política cubre toda la información impresa o en soporte papel, la almacenada electrónicamente, la transmitida por correo u otro medio electrónico, la mostrada en películas o la utilizada en una conversación.

4. REQUISITO DEL CONTROL NORMATIVO ISO 27001:2013.

Aplica directa o indirectamente a controles de los siguientes dominios de la Norma 27.001 del 2013:

- a. Controles del Dominio 6 "Organización de la seguridad de la información".

Revisado por:
Jefe de
Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de
"documento controlado" se considera copia no controlada.

Aprobado por:
Comité Único de
Riesgo, de Calidad y
de Seguridad de la
Información

- b. Controles del Dominio 8 “Administración de activos”.
- c. Controles del Dominio 9 “Control de acceso”.
- d. Controles del dominio 11 “Seguridad física y ambiental”.
- e. Controles del Dominio 12 “Seguridad de las operaciones”.
- f. Controles del Dominio 13 “Seguridad en las comunicaciones”.
- g. Controles del Dominio 18 “Cumplimiento”.

5. REFERENCIAS NORMATIVAS.

- El Decreto Supremo N°890, de 1975, del Ministerio de Interior que fija el texto actualizado y refundido de la Ley N°12.927, sobre seguridad del Estado;
- La Ley N°19.223, de 1993, del Ministerio de Justicia, que tipifica las figuras penales relativas a la informática;
- El Decreto Supremo N°1.222, de 1996, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento del Instituto de Salud Pública de Chile;
- El D.F.L. N°1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de La Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado;
- La Ley N°19.880, de 2003, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado;
- La Ley N°19.880, de 2003, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado;
- El Decreto Supremo N°83, de 2005, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba la norma técnica para los órganos de la administración del Estado sobre seguridad y confidencialidad de los documentos electrónicos; y
- El D.F.L. N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979, y de las Leyes N°18.933, de 1990, y N°18.469, de 1985.
- La Ley N°20.285, de 2008, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, sobre acceso a la información pública;
- La Ley N°20.521, de 2011, del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que modifica la Ley N°19.628, de 1999, sobre protección de datos de carácter personal para garantizar que la información entregada, a través de predictores de riesgo, sea exacta, actualizada y veraz;

Revisado por:
Jefe de
Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de
“documento controlado” se considera copia no controlada.

Aprobado por:
Comité Único de
Riesgo, de Calidad y
de Seguridad de la
Información

- La NCh-ISO 27001:2013, Tecnología de la información - Técnicas de seguridad - Sistemas de gestión de la seguridad de la información - Requisitos.
- La Ley N°19.799, de 2014, del Ministerio de Economía Fomento y Reconstrucción, sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dicha firma;
- La Resolución Exenta N° 1.536, de 2018, del Instituto de Salud Pública, que aprueba el código de ética del Instituto de Salud Pública de Chile.

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS.

- Resolución 2761 del 30 de Octubre de 2018 que crea el “Comité único de riesgo, de calidad, y de seguridad de la información”.
- Política Nacional de Ciber Seguridad 2019-2022;
- Política General de Seguridad de la Información del Instituto de Salud Pública de Chile.
- Política de Autenticación Secreta del Instituto de Salud Pública de Chile.
- Política de Instalación y uso de softwares del Instituto de Salud Pública de Chile.
- Política de teletrabajo del Instituto de Salud Pública de Chile.
- Política de relación con proveedores del Instituto de Salud Pública de Chile.
- Procedimiento de ejecución de compras y contrataciones PR-620.00.002.
- Procedimiento de imparcialidad presiones indebidas y confidencialidad. PR-643.00-002.
- Procedimiento de Monitoreo y Protección de Registro de Evento PR-140.02.005
- Procedimiento Restauración de Información PR-140.02.006
- Procedimiento Control de Acceso a Sistemas Computacionales PR-140.03.002
- Instructivo Gestión de Incidencias (contingencias) IT-140.02-001
- Instructivo Paso a paso conexión VPN ISP IT-140.02-004
- Instructivo Asignación de Equipamiento Tecnológico de Administración TIC IT-140.03-004
- Instructivo Reuniones virtuales Online IT-140.03-006
- Instructivo RPD (Escritorio Remoto) IT-140.03-007
- Instructivo Conexión a VPN Equipos MAC IT-140.03-008
- Documento Estrategia de Trabajo Red SSI 2019.

7. DEFINICIONES.

- **Activos de Información:** son todos aquellos elementos relevantes en la producción, emisión, almacenamiento, comunicación, visualización y recuperación de información de valor para el Instituto de Salud Pública de Chile, en adelante “El Instituto” o “ISP”. Se constituyen por:

Revisado por:
Jefe de
Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de
“documento controlado” se considera copia no controlada.

Aprobado por:
Comité Único de
Riesgo, de Calidad y
de Seguridad de la
Información

		Página: 6 de 12
---	--	------------------------

- La información propiamente tal, en sus múltiples formatos (papel, digital, texto, imagen, audio, video, transmisión verbal, entre otra).
- Los equipos, sistemas e infraestructura que soportan esta información.
- Las personas que utilizan la información y que tienen el conocimiento de los procesos institucionales.
- **Seguridad de la Información:** Preservación de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. (Ref ISO 27000:2018).
- **Confidencialidad:** Propiedad de que la información no se pone a disposición o no es revelada a individuos, entidades o procesos no autorizados. (Ref ISO 27000:2018).
- **Integridad:** Propiedad de precisión y exhaustividad. (Ref ISO 27000:2018).
- **Disponibilidad:** Propiedad de estar disponible y utilizable según requisito de una entidad autorizada. (Ref ISO 27000:2018).
- **Política de Seguridad de la Información:** Conjunto de normas con el objetivo de proteger la información contra una amplia gama de amenazas para asegurar la continuidad del servicio y minimizar los daños, procurando la preservación de la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información.
- **Propietario de la Información:** Responsable de la información y de los procesos que la manipulan, sean estos manuales, mecánicos o electrónicos. Debe participar activamente en la definición del valor de la información para el negocio, de manera que se pueda definir los controles apropiados para protegerla.
- **Riesgo:** Efecto de la incertidumbre en los objetivos. (Ref ISO 27000:2018).
- **Riesgo de Seguridad de la Información:** Corresponde a una amenaza potencial que podría afectar activos de información, vinculados a los procesos de soporte institucional y/o a los procesos de provisión de productos estratégicos (bienes y servicios), establecidos en las definiciones estratégicas institucionales y, por tanto, causar daño a la organización.
- **Usuario:** Toda persona interna o externa que accede y utiliza activos de información institucionales.
- **Negocio:** Bien o servicio prestado por una organización.
- **Software:** Producto intangible que permite a un equipo computacional desempeñar diversas tareas, por medio de instrucciones lógicas, a través de diferentes tipos de programas.
- **Malware:** Software malicioso diseñado para causar daños o provocar mal funcionamiento a equipos computacionales independientes o conectados a la red.

Revisado por:
Jefe de
Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de
"documento controlado" se considera copia no controlada.

Aprobado por:
Comité Único de
Riesgo, de Calidad y
de Seguridad de la
Información

8. ROLES Y RESPONSABILIDADES.

<p align="center">Comité Único de Riesgo, de Calidad, y de Seguridad de la Información</p>	<p>Funciones, según Resolución Exenta N° 2761/2018, en el ámbito de la Gestión de la Seguridad de la Información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velar por el cumplimiento y actualización de la Política General de Seguridad de la Información, presentando propuesta a la alta dirección para su aprobación; • Validar, aprobar y difundir al interior del ISP las Políticas Específicas del Sistema de Seguridad de la Información; • Velar por la implementación de los controles de seguridad en el Instituto; • Gestionar la identificación, evaluación y mitigación de los riesgos que afectan los activos de información y la continuidad de negocio; • Arbitrar conflictos en materia de seguridad de la información y los riesgos asociados y proponer soluciones; • Apoyar el desarrollo de los planes de comunicación, difusión y capacitación en materia de seguridad de la información; • Conocer los incidentes que pudieran afectar a la seguridad de la información al interior de la organización, con el fin de establecer acciones preventivas y correctivas; • Generar y proponer proyectos de desarrollo para el cumplimiento de los requisitos técnicos y normativos, dentro del marco presupuestario vigente; y • Informar a la alta dirección, en los intervalos que se convenga, sobre el Sistema de Seguridad de la Información.
<p align="center">Encargado de Seguridad de la Información (ESI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por la implementación de las políticas de seguridad de la información al interior del ISP, de su control y de su correcta aplicación; • Coordinar y gestionar la respuesta a incidentes que afecte a los activos de información de la Institución; • Establecer puntos de enlace con los encargados de seguridad de otros organismos públicos y especialistas externos, que permitan estar al tanto de las tendencias, normas y métodos de seguridad pertinentes; y • Coordinar las acciones del Comité único de Riesgo, de Calidad y de Seguridad de la Información correspondientes al Sistema de Seguridad de la Información.
<p align="center">Alta Dirección/Director(a) del Instituto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobar la Política General de Seguridad de la Información y de las estrategias y mecanismos de control para el tratamiento de los riesgos que afecten los activos de información de la institución que se generen como resultado de los reportes o propuestas del

Revisado por:
 Jefe de
 Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de "documento controlado" se considera copia no controlada.

Aprobado por:
 Comité Único de Riesgo, de Calidad y de Seguridad de la Información

	Comité.
Jefaturas de Departamento	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la aplicación y cumplimiento de las políticas, procedimientos e instructivos de Seguridad de la Información al interior de cada Departamento, Subdepartamento, Sección o Unidad según corresponda.
Jefaturas de Subdepartamento y Secciones / Unidades	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por la toma de decisiones respecto del activo de información, política o procedimiento relacionado con algún ámbito de Seguridad de la Información. • Promover al interior de su equipo de trabajo tanto la denuncia como la respuesta, cuando se solicite, a los incidentes de seguridad de la información.
Usuario	<ul style="list-style-type: none"> • Dar cumplimiento a las directrices establecidas en la presente Política, referidas a las acciones permitidas y prohibidas de autenticación secreta. • Reportar los incidentes de seguridad detectados en el ámbito del uso de autenticación secreta.

9. LINEAMIENTOS DE LA PRESENTE POLITICA.

9.1 Control de Acceso Lógico.

- 9.1.1. Cuando se solicite acceso físico y/o lógico para un funcionario, previo a la autorización debe tener firmado el respectivo Acuerdo de Imparcialidad, Presiones Indevidas y Seguridad de la Información, cuando dicho acceso sea solicitado para un proveedor de servicios, el contrato debe estar firmado y tener incorporada la respectiva cláusula de Seguridad de la Información.
- 9.1.2. Cada Jefatura o dueño de proceso propietario de activos de información, es responsable de asegurar que a cada usuario solo se le otorgue acceso a la información, en cualquier formato, que necesite para la realización de sus tareas, según su área de trabajo y perfil de cargo.
- 9.1.3. Toda persona con activos de información a su cargo es responsable del cuidado de los mismos y de la información a la que se puede acceder a través de ellos, debiendo resguardar siempre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la misma.

Revisado por:
Jefe de
Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de "documento controlado" se considera copia no controlada.

Aprobado por:
Comité Único de
Riesgo, de Calidad y
de Seguridad de la
Información

- 9.1.4. Todo(a) usuario(a), al momento de ser autorizado(a) para acceder a un sistema, toma conocimiento de sus derechos de acceso y obligaciones, sin perjuicio de compromisos previos, y de los niveles de seguridad y la clasificación de la información a que accede.
- 9.1.5. Todo acceso a los diferentes sistemas del ISP puede hacerse solo a través de equipamiento tecnológico institucional. El acceso mediante equipamiento de propiedad privada debe ser gestionado por la jefatura del área respectiva y autorizado por el Subdepartamento TIC, según el Procedimiento de Control de Acceso de Usuarios a Sistemas.
- 9.1.6. El registro de acceso y modificación de usuarios(as) a carpetas compartidas, sistemas, cuentas de usuario(a), entre otros, debe ser realizado según el Procedimiento de Control de Acceso de Usuarios a Sistemas. La eliminación de usuarios(as) dentro de plazos oportunos debe ser gestionada por las jefaturas directas. Con esto se busca garantizar la consistencia con los niveles de autorización asignados.
- 9.1.7. Es responsabilidad de las jefaturas y/o dueños de proceso revisar al menos semestralmente los derechos de acceso otorgados a los(as) usuarios(as).
- 9.1.8. Cuando un(a) funcionario(a) o alguna persona externa deja un puesto de trabajo, la información almacenada en los equipos institucionales o impresa a la que tuvo acceso debe ser revisada por su supervisor jerárquico, para verificar que no se ha alterado los requisitos de seguridad de la información.
- 9.1.9. Está prohibido el uso de herramientas para obtener información de la red, tales como detección de puertos, servicios y archivos en general en los sistemas de información de la Institución. El uso o detección de este tipo de herramientas debe ser reportado como un incidente de seguridad de la información.
- 9.1.10. El acceso a páginas web que estén bloqueadas debe ser solicitado formalmente por la jefatura directa del requirente y autorizado por la jefatura del Subdepartamento TIC.
- 9.1.11. El acceso remoto a sistemas y recursos internos está definido dentro de la Política de Trabajo Remoto.
- 9.1.12. Está prohibido el uso de cuentas de ex funcionarios(as) para acceder a los equipos de trabajo y/o sistemas, a menos que esto sea formalmente solicitado por la jefatura del área y validada por la jefatura de la sección de Administración de Plataforma y Comunicaciones del Subdepartamento TIC, definiendo un plazo acotado.

9.2. Control de Acceso Físico.

Revisado por:
Jefe de
Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de
"documento controlado" se considera copia no controlada.

Aprobado por:
Comité Único de
Riesgo, de Calidad y
de Seguridad de la
Información

- 9.2.1. Todos los equipos de trabajo del personal de ISP deben ser apagados una vez que los(as) funcionarios(as) terminen su jornada de trabajo. Sin embargo, si un(a) funcionario(a) requiere dejar su computador personal encendido y conectado a la red, fuera de horario laboral, se debe contar con sistemas de seguridad validados por la sección de Administración de Plataforma y Comunicaciones del Subdepartamento TIC.
- 9.2.2. Es responsabilidad de las jefaturas respectivas que las dependencias físicas con restricciones de acceso estén debidamente señalizadas.
- 9.2.3. Toda persona que ingrese a las dependencias físicas de la Institución debe respetar sus vías de acceso, señalizaciones y áreas restringidas. Asimismo, toda persona externa solo debe transitar por las áreas a que ha sido autorizada; constituyendo la transgresión a esta norma como un incidente de Seguridad de la Información.

10.DIFUSIÓN.

Esta Política será difundida de acuerdo al control de la información documentada del Sistema de Gestión Integrado. Así también, el Encargado de Seguridad de la Información gestionará su actualización en la web institucional.

11.DENUNCIAS Y NOTIFICACIONES.

El personal del ISP, sus proveedores o terceros deben notificar inmediatamente toda debilidad, incidente o evento asociado a actividades no permitidas o malas prácticas de acceso, que pudiera derivar en un posible incumplimiento, uso indebido u otra situación asociada, al correo electrónico: seguridad.información@ispch.cl.

12.REVISIÓN DE LA POLÍTICA.

Esta Política deberá ser revisada de acuerdo al PR-100.00-001, Procedimiento Control de la Información Documentada (que a la fecha considera un máximo de 4 años), o en la medida que el análisis de riesgo lo amerite.

13.CUMPLIMIENTO.

Todo el personal del Instituto de Salud Pública de Chile, entiéndase como tal a funcionarios(as) de planta, a contrata, reemplazo, suplencia, estudiante en práctica, asesor, consultor, honorarios y cualquier persona que desempeñe funciones en o para el Instituto de Salud Pública de Chile,

Revisado por:
Jefe de
Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de
“documento controlado” se considera copia no controlada.

Aprobado por:
Comité Único de
Riesgo, de Calidad y
de Seguridad de la
Información

deberá dar cumplimiento, en lo que le corresponda, a esta Política General de Seguridad de la Información y a las específicas que le apliquen.

Para el caso de terceros, y por el solo hecho de participar en un proceso de compras del servicio, el oferente deberá dar cumplimiento a las políticas, procedimientos e instructivos vigentes que se encuentren publicados en la página web del Instituto de Salud Pública, http://www.ispch.cl/seguridad_informacion/politicas, lo que se presume conocido por el contratista o adjudicatario para todos los efectos legales.

14.CONTROL DE CAMBIOS.

Versión	Fecha	Principales Puntos Modificados	Resumen de Modificaciones
4		3. Alcance 5. Referencias Normativas 6. Documentos Relacionados 7. Definiciones 8. Roles y Responsabilidades 9. Lineamientos 11. Denuncias y Notificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Se complementa el alcance incorporando los procesos operacionales. - Se incorporan las siguientes referencias normativas: D.F.L. Núm. 1/19.653 de 2000; Ley N°19.880, DFL 1/2005; Decreto Supremo N°1.222/1996, del Minsal; Decreto Exento N°324/2018; Decreto Supremo N°890/1975 del Ministerio de Interior; Resolución Exenta N°1536/2018. - Se incorpora nuevas políticas y procedimientos relacionados. - Se revisa las definiciones existentes y se agrega las definiciones de: seguridad de la información, integridad, disponibilidad , integridad y usuario. - Se reemplaza el “Comité de Seguridad de la Información” por el “Comité Único de Riesgo, de Calidad y de Seguridad de la Información” - Se actualiza los lineamientos de la Política - Se indica que se debe notificar al correo seguridad.informacion@ispch.cl.

Revisado por:
 Jefe de
 Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de “documento controlado” se considera copia no controlada.

Aprobado por:
 Comité Único de
 Riesgo, de Calidad y
 de Seguridad de la
 Información

		12. Reevaluación de la Política 13. Cumplimiento	- Se cambia el máximo a cada 4 años de acuerdo al Sistema de Gestión Integrado. - Se amplía el marco del cumplimiento de la Política.
--	--	---	--

Revisado por:
 Jefe de
 Subdepartamento TICs

Este documento fuera de la intranet o impreso sin timbre de "documento controlado" se considera copia no controlada.

Aprobado por:
 Comité Único de
 Riesgo, de Calidad y
 de Seguridad de la
 Información