Incendio en un Asilo y Centro de Acogida
Harveys Lake, Pennsylvania
13 de mayo de 1977

El martes 13 de mayo de 1997, ocurrió un incendio en un asilo y centro de acogida en Harveys Lake, Pennsylvania. Los investigadores de incendios del estado determinaron que muy probablemente el fuego comenzó en un porche con mosquitero. Las investigaciones determinaron que el incendio se produjo por la eliminación de materiales de fumar en el área del porche con mosquitero de la edificación. El incendio causó la muerte a tres residentes y heridas a otros tres. El incendio también causó serios daños en la edificación, y las pérdidas en la propiedad se estimaron en 270.000 dólares.

La instalación tenía dos pisos más un sótano, la estructura era de armazón de madera con varias ampliaciones realizadas a través del tiempo, las cuales aumentaron el tamaño de la edificación. Los dispositivos de protección contra incendios incluían un sistema de alarmas de incendio con detectores de humo y calor, y extintores de incendio. Las escaleras interiores estaban encerradas. Puertas de acero con dispositivos de cierre automático protegían las salidas hacia las escaleras, sin embargo el dispositivo de cierre automático en una de las puertas estaba desactivado. Los acabados de la pared y el techo no eran combustibles. La instalación no estaba equipada con un sistema de rociadores automáticos.

El primer piso tenía tres puertas a nivel hacia el exterior. Una puerta estaba en el lado sur, lejos del porche con mosquitero, y daba hacia el exterior. Las otras dos puertas estaban en el lado oeste de la edificación. La puerta en la esquina suroeste así como la de la cocina en la esquina noroccidental eran utilizadas.

El acceso hacia el segundo piso era por medio de dos escaleras interiores en el costado occidental de la edificación. La escalera en el lado suroeste desembocaba en un pequeño vestíbulo al que se podía acceder por la puerta suroccidental del primer piso. La escalera en el lado noroeste conducía hacia un área abierta pequeña en la puerta del lado noroccidental de la cocina, la cual no estaba identificada en el plan de evacuación del segundo piso. Una escalera exterior en el costado norte de la edificación tenía acceso desde el segundo piso atravesando una habitación. La escalera interior identificada para el egreso de los ocupantes en el plan de evacuación estaba separada del resto de la estructura, sin embargo, el dispositivo para cerrar la puerta al pie de la escalera estaba dañado y la puerta se encontraba abierta en el momento del incendio. Solo se podía acceder a la escalera exterior atravesando una habitación.

Un miembro del personal y 21 residentes se encontraban en la edificación en el momento del incendio. Los 21 ocupantes de la edificación tenían edades comprendidas entre los 58 y 99 años y diferentes necesidades médicas y capacidades mentales. Las regulaciones del estado sí permiten que los individuos identificados como inmóviles sean albergados en hogares de asistencia personal. Los investigadores no pudieron determinar el tipo y frecuencia del entrenamiento en seguridad contra incendios que habían recibido los residentes y el personal.

Los investigadores determinaron que el fuego se inició en un porche exterior con mosquitero que estaba siendo utilizado como área para fumadores. Cuando ocurrió la ignición, el incendio involucró los materiales combustibles utilizados en la construcción del porche, el costado exterior combustible de la edificación y el mobiliario combustible. Los investigadores creen que el incendio rompió las ventanas grandes entre el porche y el interior de la edificación permitiendo que el fuego entrara a una habitación y a la sala.

De acuerdo con los investigadores, el miembro del personal se encontraba en la cocina llenando formularios cuando sonó la alarma de la edificación. Teniendo en cuenta falsas alarmas previas, un miembro del personal intentó volver a graduar el sistema de alarmas de la edificación. En vista de que el sistema de alarmas no se reajustó, éste silenció los indicadores de problema de la alarma y del panel. Fue en este momento cuando un residente le informó al miembro del personal sobre el incendio. Después de confirmar el incendio, esta persona regresó a la cocina y notificó al resto de los residentes activando el interruptor para simulacros en el panel de alarma, luego actuó para ayudar a la evacuación de los residentes.

Aproximadamente a las 9:10 p.m. entró una llamada al Cuerpo de Bomberos de Harveys Lake informando sobre el incendio en un asilo y centro de acogida. A las 9:10 p.m., el Control de Back Mountain (centro de respuesta Regional del 911) recibió una llamada de un vecino cuya casa está localizada al sur de la edificación en medio de un área de bosque espeso. Ella informó al operador que el asilo y centro de acogida estaba completamente en llamas. El Cuerpo de Bomberos de Harveys Lake fue despachado inmediatamente como respuesta directa del jefe de bomberos desde su casa. Durante este periodo numerosas llamadas al 911 fueron recibidas en el Control de Back Mountain.

Los bomberos comenzaron a llegar a la escena del incendio más o menos tres minutos más tarde y encontraron que la edificación estaba en llamas. Muchos residentes habían escapado antes de la llegada de los bomberos a quienes se

informó que aún había otras personas dentro de la edificación. A pesar de la severidad del incendio que impidió la entrada de los bomberos a muchas áreas, estos pudieron rescatar a seis residentes. Cuatro de los residentes rescatados murieron más tarde en el hospital. Después de que se extinguió el incendio, se encontraron los cuerpos de seis residentes en varias ubicaciones a lo largo de la edificación. La información preliminar indicó que todos los residentes murieron por inhalación de humo.

Los investigadores no especificaron los materiales que se quemaron primero a causa de los materiales de fumar. Se cree que el mobiliario combustible en el porche del frente fue uno de los combustibles iniciales que contribuyó a que el incendio se propagara alrededor del exterior de la edificación. El incendio creció rápidamente, propagándose a lo largo del techo del porche. Luego, el fuego se abrió paso a través de una de las ventanas entre el interior de la edificación y el porche, y una vez en el interior del edificio, se propagó a través de las entradas y la puerta abierta hasta la escalera, aislando las salidas principales de la edificación. El fuego también se expandió a través de las paredes hacia el segundo piso. El incendio y los productos de combustión también continuaron propagándose a lo largo del techo de la sala en el primer piso y el comedor que se encontraban abiertos. En el segundo piso, el fuego y los productos de combustión se trasladaron a través de la habitación y hacia el corredor. Eventualmente el incendio se abrió paso hasta la construcción del techo por encima del comedor y se propagó a través del espacio combustible oculto haciendo que la estructura del tejado colapsara sobre el área del comedor.

De acuerdo con la investigación y análisis de la NFPA sobre este incendio, se consideró que los siguientes factores contribuyeron de manera significativa a la pérdida de vidas y de la propiedad en este incidente:

- Uso o eliminación inadecuada de materiales de fumar
- Acción poco efectiva de los residentes y del personal
- Medios de egreso inadecuados
- Puertas contra incendio abiertas en divisiones verticales contra incendios
- Puertas de habitaciones con capacidades inadecuadas de resistencia al fuego
- Ausencia de dispositivos para cerrar puertas automáticamente en las puertas de habitaciones individuales
- Ausencia de un sistema de rociadores automáticos

El incidente de Harveys Lake es el cuarto desde 1991 donde la capacidad de evacuación de los residentes ha tenido un impacto directo sobre el número de víctimas. La suposición de que los individuos tienen las capacidades para procesar de manera independiente el grado de peligro de una situación y actuar como corresponde también ha sido identificada como un factor en los siguientes incendios:

- Colorado Springs, CO 1991 - 9 víctimas mortales
- Broward County, FL 1994 – 5 víctimas mortales
- Shelby County, TN 1996 – 4 víctimas mortales
- Lauringburg, NC 1996 – 8 víctimas mortales

Los siete factores importantes identificados en este incidente que contribuyeron a la pérdida de vidas son aspectos tenidos en cuenta en los documentos de la NFPA. Un cambio en cualquiera de estos pudo haber reducido potencialmente el número de muertes que ocurrieron en este incendio.

En los últimos 15 años, la NFPA ha investigado 11 incendios, que han causado la muerte de 83 personas. El tipo de asilos y centros de acogida en los cuales han ocurrido estas muertes van desde los que albergan a pacientes de edad hasta los que albergan a personas con deficiencias mentales. Con el incremento potencial del número de estas instalaciones, es cada vez más importante brindar un nivel de protección contra incendios adecuado para asegurar la protección de las personas que viven en ellas y evitar tragedias futuras.

Este resumen puede ser reproducido, parcial o totalmente, para fines educativos en seguridad contra incendios, siempre y cuando el significado del texto no sea alterado, que se le dé crédito a la NFPA y que los derechos de autor de la NFPA sean protegidos. Este texto no puede ser utilizado para fines publicitarios o comerciales sin la autorización por escrito de la NFPA.

©2001 NFPA, Quincy, MA