

## **Asilo y Centro de Acogida Mississauga, Ontario 21 de marzo de 1995**

El martes 21 de marzo de 1995, aproximadamente a las 7:40 p.m., ocurrió un incendio en un asilo y centro de acogida en Mississauga, Ontario. El incendio ocasionó la muerte de ocho personas y doce heridos. Tres personas murieron en el momento del incendio y otra murió cinco días después. Las otras cuatro víctimas mortales, quienes se determinó estaban relacionadas con el incendio, ocurrieron después de ocho meses.

Las edades de los 70 ocupantes estaban comprendidas entre los 60 y 101 años. Muchos de los ocupantes tenían algún grado de impedimento mental o físico que pudo haber dificultado su habilidad de salir por sí mismos. De los 70 ocupantes, 20 usaban sillas de ruedas, 17 utilizaban bastones o caminadores, y 15 sufrían distintos grados de deficiencias mentales.

La edificación era una estructura de un piso que estaba parcialmente protegida con rociadores solamente en el área del sótano. Las habitaciones de los residentes estaban equipadas con detectores de calor, así como los vestíbulos, que estaban conectados a un sistema de alarmas. El sistema de alarmas estaba conectado con una compañía de monitoreo de alarmas.

La oficina del Comisario de Incendios de Ontario determinó que el incendio fue causado por materiales de fumar que encendieron la ropa en el armario en una de las habitaciones. La habitación estaba ocupada por dos personas en el momento del incendio, el que ocurrió a las 7:39 p.m.. Uno de los ocupantes de la habitación llamó al cuerpo de bomberos a través del número 911 y reportó el incendio. Luego escapó de la habitación por una ventana exterior. El otro ocupante, quien estaba confinado a una silla de ruedas, no pudo escapar.

Las otras seis víctimas fatales estaban en sus habitaciones. Otra víctima que estaba confinada a una silla de ruedas, fue encontrada en el vestíbulo, siendo vencido por el humo mientras intentaba escapar.

El humo pudo propagarse a las otras habitaciones a través del espacio vacío sobre las habitaciones. Las paredes del corredor y las paredes entre las unidades individuales se extendían por encima del techo hasta el costado inferior del diafragma del tejado. Sin embargo, el humo pudo penetrar en este espacio a través de aberturas no protegidas en el techo dentro de la habitación donde se originó el incendio, y luego a otras áreas a través de penetraciones sin sellar en varias de las paredes.

Además del espacio vacío, el humo también penetró dentro de las habitaciones a través de las puertas del corredor hasta las unidades individuales. En varias de las habitaciones, los ocupantes murieron por inhalación de humo aunque las puertas de sus habitaciones estaban cerradas.

Los siguientes son considerados factores importantes que contribuyeron con el resultado de este incidente:

- Ausencia de protección con rociadores (con excepción del sótano);
- No poder cerrar la puerta de la habitación donde se originó el incendio después de la detección del incendio;
- El material combustible de la habitación; y
- La falta de entrenamiento del personal y simulacros de incendio

Este es el segundo incendio con pérdida de vidas que ha ocurrido en la instalación Mississauga que alberga a personas mayores. En 1980 otro incendio en una clínica de reposo causó la muerte a 25 ocupantes. Hay una serie de factores comunes entre los dos incendios, los cuales incluyen la ausencia de un sistema de rociadores automáticos y el no poder cerrar la puerta de la habitación donde se originó el incendio.

*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**