

Arquitectura para cuidar: devolver la autonomía y construir comunidad

Paula Antoranz

Product Manager
Fundraising y Comunicación Digital
Fundació Kàlida



Cuando una persona enferma, cuidar no equivale únicamente a diagnosticar, tratar y controlar los síntomas. La enfermedad afecta también a la identidad, las relaciones, la vida laboral y familiar, la economía, el cuerpo y la capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida. En este contexto, el espacio puede desempeñar un papel más allá de la actividad asistencial: puede facilitar la acogida, la autonomía, el encuentro y el acompañamiento. El modelo de Fundació Kàlida, que forma parte de la red internacional de Centros Maggie's, plantea precisamente esa relación entre arquitectura y cuidado desde una premisa sencilla: el edificio no cuida por sí solo, pero puede crear las condiciones para que el cuidado suceda.

Este modelo nació precisamente de una experiencia espacial. En 1993, Maggie Keswick Jencks recibió la noticia de la recaída de su cáncer, y al tener que asimilar el

golpe junto a su marido, Charles Jencks, en el pasillo sin ventanas de un hospital, ambos experimentaron la crudeza de la arquitectura sanitaria tradicional. De ahí surgió la idea de crear un lugar distinto, cerca del hospital, pero fuera de él. Maggie hablaba de la necesidad de “una luz pensada, vistas a los árboles, a los pájaros y al cielo”. El primer centro abrió en Edimburgo en 1996 y, 30 años después, la red está presente con 27 centros en el Reino Unido y otros en Hong Kong, Tokio, Groningen y Barcelona.

Cuidar más allá de lo estrictamente clínico

Un diagnóstico de cáncer introduce una alteración profunda en la vida cotidiana. A la incertidumbre sobre la enfermedad y su tratamiento se suman con frecuencia temores relacionados con el futuro, cambios en la ima-



Imagen por cortesía de Fundació Kàlida.

gen corporal, dificultades laborales o económicas, preocupación por la familia y modificaciones en los roles habituales. La persona puede necesitar información para comprender lo que está viviendo, apoyo para afrontar decisiones o, simplemente, un lugar donde expresar aquello que no siempre resulta fácil compartir con el entorno cercano.

La dimensión emocional es especialmente relevante. Los estudios de psicooncología han descrito una elevada morbilidad psicosocial en personas con cáncer en el sur de Europa¹. Algunos trabajos sitúan el malestar emocional clínicamente significativo en una proporción que puede aproximarse a la mitad de los pacientes². Sin embargo, la disponibilidad de apoyo psicológico especializado continúa siendo insuficiente. El Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer ha señalado importantes déficits de cobertura, con desigualdades territoriales y una presencia limitada de recursos específicos en numerosos hospitales³.

Esta brecha entre las necesidades y los recursos disponibles permite entender por qué el cuidado no puede quedar restringido al acto clínico. En Kàlida, el acompañamiento se plantea como un soporte emocional, social y práctico dirigido no solo a la persona con cáncer, sino también a familiares, amistades y personas cuidadoras. El acceso es gratuito, no requiere cita previa ni derivación médica y puede producirse en cualquier fase del proceso. Se trata de un modelo complementario a la atención hospitalaria, no de un sustituto. Mientras el hospital concentra su capacidad en diagnosticar y tratar, el centro busca ofrecer un lugar donde detenerse, comprender, conversar y recuperar parte de la vida cotidiana.

El espacio como primer gesto de acompañamiento

La arquitectura adquiere relevancia desde el mismo momento de la llegada. Un espacio puede transmitir control, distancia y jerarquía, pero también proximidad, respeto y posibilidad de elección. Cuando buena parte de la vida está condicionada por citas médicas, pruebas, protocolos y procedimientos terapéuticos, poder decidir dónde sentarse, cuánto tiempo permanecer, si se desea hablar o bien guardar silencio puede convertirse en una pequeña pero significativa recuperación de autonomía.

En Kàlida, el
acompañamiento
se plantea como un
soporte emocional,
social y práctico
dirigido no solo a la
persona con cáncer,
sino también a
familiares, amistades
y personas cuidadoras.

Kàlida Sant Pau se encuentra a pocos metros de los servicios oncológicos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Esa proximidad responde a una lógica de atención integrada, pero la experiencia espacial que propone es deliberadamente distinta. No pretende competir con el hospital ni negar su dimensión sanitaria, sino ofrecer un espacio de transición entre el tratamiento y la vida cotidiana. Cruzar su umbral significa pasar a un entorno en el que el diagnóstico deja de organizar toda la experiencia.

El edificio, proyectado por Benedetta Tagliabue y el equipo de Miralles Tagliabue EMBT, con interiorismo

de Patricia Urquiola, recurre a una escala doméstica, materiales cálidos, luz natural, contacto con el jardín y diferentes grados de intimidad. No hay boxes de atención ni una recepción concebida para ordenar flujos. Los profesionales no utilizan bata como elemento identificador y el mobiliario evita, en la medida de lo posible, establecer barreras entre quien acompaña y quien recibe apoyo. El objetivo no es reproducir un hogar, sino incorporar cualidades domésticas capaces de reducir la sensación de institucionalidad.

La persona no entra necesariamente para que “le hagan” algo. Puede tomar un café, sentarse cerca del jardín, participar en una actividad, mantener una conversación profesional o simplemente permanecer un rato. Esa libertad de uso reconoce a la persona como participante activo de su proceso y no únicamente como receptora de servicios.

Diseñar el encuentro sin imponerlo

Una de las claves del modelo es favorecer la relación sin convertirla en obligación. No todas las personas necesitan lo mismo ni están preparadas para interactuar de la misma manera. Quien llega hasta el centro puede incluso dar media vuelta si siente que todavía no es su momento de entrar. Hay quien puede acudir poco después de recibir un diagnóstico; otra persona puede encontrarse en tratamiento, en remisión, en una recaída o atravesando un duelo. Hay momentos en los que se busca conversación y otros en los que la necesidad principal consiste en estar cerca de otros sin tener que hablar.

El espacio debe admitir esa diversidad. En Kàlida existen áreas compartidas, lugares para conversaciones de dos o tres personas y rincones más recogidos. La entrada funciona como una zona de transición donde quien llega puede observar el ambiente antes de decidir qué hacer. También hay espacios en los que es posible leer, contemplar el jardín o permanecer en silencio. La arquitectura genera oportunidades de contacto, pero preserva la posibilidad de retirarse.

Esta combinación resulta especialmente evidente en relación con la cocina y la gran mesa, que ocupan una posición central. En el entorno doméstico, la cocina es un lugar asociado a la vida diaria y a encuentros que no necesitan una agenda previa. Trasladar esa lógica a un centro de apoyo transforma la relación con el espacio. Prepararse un té, compartir una mesa o coincidir mientras se desarrolla una actividad puede producir conver-



Imagen por cortesía de Fundació Kàlida.

saciones que no surgirían de la misma forma en una consulta formal.

Alrededor de la mesa pueden encontrarse personas que atraviesan fases diferentes de su proceso de enfermedad. Una persona que acaba de recibir un diagnóstico puede coincidir con otra que ha terminado el tratamiento; una persona cuidadora puede descubrir que otras están afrontando dificultades similares. De esos encuentros surgen a veces consejos prácticos, reconocimiento mutuo, complicidad o, simplemente, la sensación de no tener que explicar desde cero lo que está ocurriendo. El valor no reside en convertir cada interacción en una intervención terapéutica, sino en permitir que el apoyo entre iguales aparezca de forma espontánea.

La misma lógica modifica la relación con profesionales y voluntariado. Sentarse alrededor de una mesa compartida reduce parte de la distancia simbólica de otros contextos asistenciales y favorece una comunicación más cotidiana. De hecho, la arquitectura no determina la relación, pero puede reducir obstáculos para que el encuentro ocurra.

Comunidad, intimidad y capacidad de elección

Hablar de comunidad no significa diseñar espacios abiertos en los que deba compartirse todo. La comunidad solo es compatible con un cuidado centrado en la

persona cuando existe también la posibilidad de preservar la intimidad. Una conversación sobre temores, sexualidad, dificultades económicas, relaciones familiares o situación de final de vida requiere condiciones diferentes de las de un taller grupal. De ahí que el modelo combine espacios comunes con otros protegidos para sesiones individuales, de pareja o familiares.

La flexibilidad espacial ayuda a responder a necesidades cambiantes: algunas áreas pueden abrirse o cerrarse, el jardín permite trasladar actividades al exterior y la cocina sirve tanto para el uso cotidiano como para talleres de nutrición. Así, el edificio no prescribe una única manera de relacionarse.

La capacidad de elección se extiende también a la forma de recibir apoyo. Algunas personas llegan sin cita previa; otras prefieren una sesión programada. Unas encuentran su lugar en actividades grupales y otras necesitan un acompañamiento individual. También existen opciones de soporte en línea cuando la distancia, el cansancio u otras circunstancias dificultan la presencia física. La coherencia del modelo se encuentra en ofrecer alternativas para que cada persona pueda decidir cómo acercarse al apoyo.

**La arquitectura
no determina la
relación, pero puede
reducir obstáculos
para que el
encuentro ocurra.**

Esa posibilidad cobra especial significado cuando la enfermedad ha reducido el margen de decisión en otros ámbitos. Recuperar control, además de lo relacionado con todos los aspectos del tratamiento, implica conservar pequeñas elecciones que sostienen la identidad: dónde estar, con quién hablar, cuánto compartir o cuándo retirarse. En ámbitos como la salud mental, los cuidados de larga duración o el envejecimiento, en los cuales la autonomía puede verse igualmente amenazada por la institucionalización, la de-



Imagen por cortesía de Fundació Kàlida.

pendencia o la cronicidad, esta idea resulta plenamente transferible.

Cuidar también a quien cuida

La enfermedad modifica sistemas relacionales en su totalidad. Familiares y personas cuidadoras acompañan a visitas, organizan agendas de tratamiento, absorben información, reorganizan tareas domésticas y laborales y, a menudo, intentan mantener la normalidad mientras gestionan sus propios temores. Ese sobreesfuerzo puede traducirse en agotamiento físico y emocional, pero sus necesidades tienden a quedar en segundo plano frente a las de la persona enferma.

Por ello, un entorno de cuidado centrado en la persona debe ampliar la mirada hacia la red que la rodea. En Kàlida, familiares, amistades y cuidadores pueden acudir en busca de ayuda, acompañados o solos. Existen grupos de apoyo, sesiones individuales y actividades dirigidas específicamente a quienes cuidan. También se proponen experiencias compartidas, como la horticultura social, que permiten encontrarse en un contexto menos verbal y más cotidiano.

La arquitectura puede facilitar estos procesos al ofrecer un territorio neutral, distinto tanto de una habitación hospitalaria como del hogar, donde las responsabilidades del cuidado continúan presentes. Poder detenerse en un lugar que no exige desempeñar permanentemente el papel de cuidador abre la posibilidad de reconocer el propio cansancio y pedir ayuda. Asimismo, los espacios comunes permiten conocer a personas que atraviesan situaciones parecidas. La arquitectura no crea esas redes por sí sola, pero puede proporcionar el soporte físico para que aparezcan.

“Arquitectura para cuidar”, no “arquitectura que cuida”

Hay matices lingüísticos que resultan muy relevantes. Desde Kālida se prefiere hablar de “arquitectura para cuidar” y no de “arquitectura que cuida”. La diferencia evita atribuir al edificio propiedades terapéuticas que no posee. Un espacio puede reducir barreras, favorecer la confianza, permitir una conversación o facilitar el descanso, pero el cuidado se produce a través de las relaciones, las competencias profesionales, la escucha y la cultura de acompañamiento.

Por ello, diseño y programa psicosocial no pueden entenderse por separado. Una conversación emocionalmente difícil necesita privacidad; una actividad de relación resulta más fácil en un ambiente de silencio y luz natural; un taller de nutrición requiere una cocina; el ejercicio puede utilizar áreas interiores y exteriores. El espacio crea condiciones concretas para cada forma de apoyo. Pero un edificio bello, si carece de profesionales, voluntariado y una cultura coherente, seguiría siendo únicamente un buen edificio.

El equipo está integrado por profesionales de psicooncología, personal de enfermería especializada en soporte oncológico y del ámbito social, junto con colaboradores de áreas como nutrición, ejercicio, yoga oncológico o arteterapia. El voluntariado desempeña también una función decisiva en la acogida informal y en esos pequeños gestos que permiten que el lugar mantenga un carácter cercano. Todo ello se articula alrededor de valores como el respeto, la escucha, la empatía, la proximidad y la compasión.

Este enfoque recuerda que la neuroarquitectura no debería reducirse a una suma de estímulos ambientales con supuestos efectos sobre el cerebro o la conducta. En contextos de salud, el diseño adquiere sentido cuando se vincula con un modelo de atención y con una determinada concepción de la persona. Lo relevante no es solo cuestiones como qué luz, color o material proporciona mayor bienestar, sino qué tipo de relación, autonomía y experiencia de cuidado permite construir ese entorno.

De los espacios de apoyo a las infraestructuras de salud

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente como ausencia de enfermedad⁴. Tomada de manera rigurosa,

esta concepción obliga a ampliar también la idea de infraestructura sanitaria. Cuando se afronta un problema de salud, su recuperación no depende solo de actuaciones en consultas, quirófanos u otras áreas de tratamiento, también depende de la posibilidad de mantener vínculos, recibir apoyo, participar en la comunidad y conservar una cierta continuidad con la vida cotidiana.

En oncología, esta cuestión adquiere una importancia creciente. En España se estima que en 2026 habrá más de 300.000 nuevos diagnósticos de cáncer, y la incidencia continuará aumentando en las próximas décadas⁵. Al mismo tiempo, los avances en diagnóstico y tratamiento hacen que un número creciente de personas vivan durante más tiempo con la enfermedad, después de superarla o con sus consecuencias físicas, emocionales, laborales y familiares. La pregunta deja de ser únicamente cómo tratar el cáncer y pasa a incluir cómo vivir con la enfermedad y más allá de ella.

El modelo Maggie's, en el que se inspira Kālida, fue reconocido en el Reino Unido dentro de marcos estratégicos como la *Cancer Reform Strategy* de 2007 y la *National Cancer Survivorship Initiative*, que impulsó una atención más amplia a las necesidades de las personas que viven con cáncer o tras su tratamiento^{6,7}. Estos antecedentes muestran cómo el soporte psicosocial y comunitario puede integrarse en una visión del sistema sanitario que no termina al finalizar el tratamiento activo.

La cuestión es también de equidad. Cuando el apoyo emocional, social y práctico depende exclusivamente de la capacidad individual para localizar recursos, desplazarse o retribuirlos, las diferencias económicas y territoriales se traducen en diferencias en la experiencia del cuidado. Considerar los espacios de relación y apoyo como parte de una red sanitaria más amplia implica preguntarse no solo qué servicios existen, sino quién puede acceder a ellos y en qué condiciones.

Diseñar desde la persona y desde la comunidad

El principal aprendizaje del modelo Kālida no reside en reproducir un edificio concreto: su valor está en



Imagen por cortesía de Fundació Kàlida.

proponer otra manera de formular las preguntas de diseño. Antes de definir un programa arquitectónico conviene preguntarse quién va a utilizar el espacio y qué estará viviendo cuando atravesase la puerta de entrada; qué decisiones podrá tomar dentro; dónde podrá permanecer a solas y dónde estar acompañado; quién decidirá cuándo se produce este tipo de transiciones; qué relaciones interesa facilitar y cuáles deben preservarse de la exposición.

También resulta necesario pensar qué nivel de apropiación permitirá el lugar. Un espacio comunitario no se construye solo mediante áreas comunes: necesita que las personas puedan sentir que tienen derecho a permanecer, moverse, usar y, dentro de unos límites razonables, hacer suyo el entorno. La comunidad aparece cuando el espacio deja de ser únicamente propiedad funcional de la institución y adquiere también significado para quienes lo utilizan.

Estos principios son aplicables más allá de la oncología. Los dispositivos de salud mental, los centros de día, las residencias y servicios para personas mayores, los recursos de cuidados paliativos o los equipamientos comunitarios afrontan preguntas semejantes sobre intimidad, autonomía, apoyo entre iguales y vínculo con la vida cotidiana. En todos ellos, la calidad del cuidado depende de profesionales y modelos organizativos, pero también de si el entorno favorece o dificulta las relaciones que se quieren construir.

La arquitectura no cura ni cuida de manera autónoma, sino que solamente puede preparar el terreno. Puede facilitar entrar, permanecer, conversar, retirarse, pedir ayuda o compartir presencia. Y también puede reforzar la institucionalización o devolver parte de la autonomía y capacidad de actuar que una enfermedad amenaza con reducir. Cuando diseño, profesionales, actividades y cultura de acompañamiento trabajan en la misma dirección, el espacio deja de ser un simple contenedor del cuidado y se convierte en una de sus condiciones. Diseñar para cuidar significa, en último término, proyectar no solo para lo que las personas tienen que hacer en un lugar, sino también para cómo necesitan sentirse, qué relaciones pueden sostenerlas y qué capacidad de decisión se quiere preservar.

Referencias bibliográficas

1. Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E., & SEPOS Group. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 243-248.
2. Hernández, M., & Cruzado, J.A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 24(1), 1-9.
3. Observatorio del Cáncer & Asociación Española Contra el Cáncer. (2022). Impacto del cáncer en España: una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales. Asociación Española Contra el Cáncer.
4. Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (Adoptada en Nueva York el 22 de julio de 1946; entrada en vigor el 7 de abril de 1948).
5. Sociedad Española de Oncología Médica & Red Española de Registros de Cáncer. (2026). Las cifras del cáncer en España 2026. SEOM.
6. Department of Health. (2007). Cancer Reform Strategy. Department of Health.
7. Department of Health, Macmillan Cancer Support, & NHS Improvement. (2013). Living with and beyond cancer: taking action to improve outcomes. Department of Health.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com

Para contactar directamente con la autora:
Paula Antoranz - paula.antoranz@fundaciokalida.org