

연대성과 보조성의 기독교 윤리를 통한 유럽 건강도시의 재조명

강은정 순천향대 교수

서론

건강도시는 한 마디로 “건강을 도시 행정의 최우선순위로 두는 도시”라고 할 수 있다. 구체적으로 세계보건기구(WHO)는 건강도시를 “도시의 물리적, 사회적 환경을 개선하고 지역사회 참여 주체들이 상호협력하여 주민의 건강과 삶의 질 향상을 위하여 지속적으로 노력하는 도시”로 정의한다(Hancock & Duhl, 1988). WHO 유럽 사무소는 1986년 제1차 세계건강증진대회 직후인 1987년부터 세계건강증진대회의 정신을 실현하고자 세계 최초로 건강도시사업을 시작하였다. 국제기구가 개별 도시들을 대상으로 사업을 하는 것은 매우 이례적이었다. 처음에는 30여개의 도시로 시작하였으나 지금은 1,000개도 넘는 도시가 건강도시에 참여하고 있다. 또한 유럽 차원만이 아니라 각 국가별로도 자체적인 건강도시 네트워크를 가진 나라들이 다수 있다.

유럽 건강도시는 혁신, 지식의 공유, 건강 외교를 가치로 둔다(EURO, 2023). 건강도시의 11가지 특징 혹은 자질에는 물리적 환경이 깨끗하고 안전한 도시, 지속가능한 생태계 보존, 상호협력적이고 착취적이지 않을 것, 시민의 참여와 통제가 강할 것, 기본 욕구가 충족되는 도시, 소통이 잘 되고 폭넓은 경험과 자원교류가 잘 되는 도시, 활기찬 경제, 역사와 문화 타집단의 연속성 보장, 공중보건 서비스와 의료서비스에 대한 접근성, 건강수준이 높을 것, 그리고 이상의 것들이 도시 전체에 의해 지속적으로 추구되는 것이 포함된다(EURO, 2023).

우리나라에서도 1998년 과천시가 처음으로 건강도시 사업을 도입하였고, 2006년에 대한민국건강도시협의회가 발족되어 2023년 10월 현재 105개의 회원도시를 보유하고 있다. 우리나라의 건강도시의 지자체장의 정치적인 판단에 의해 도입되는 경우가 대다수이며, 국가의 지원이 아직은 없는 터라 건강도시사업이 지자체장의 의지에 좌우되어 왔다. 즉, 위로부터의 정책으로 추진되고 있다. 하지만 유럽의 건강도시의 파트너십 구축과 주민 참여를 강조하고 이것이 가능하도록 모든 사회 부문의 건강에 대한 역량을 강화하는 것을 중요하게 여긴다. 즉, 아래로부터의 건강도시를 추구한다.

지금까지 국내에서 건강도시가 가진 기독교 윤리적 측면을 다룬 연구는 많지 않다. 비단 건강도시 뿐만 아니라 생명윤리를 제외하고는 보건의로 정책에 있어서 기독교 윤리를 적용하려는 노력 자체가 많지 않았다. 조무성(2008)과 조무성(2011)이 각각 전인목회와 살롬 커뮤니티라는

관점에서 건강도시의 의미를 해석하고자 한 바가 있었고, 이보다 더 보편적으로 보건의로 분야의 교육과 연구에서 기독교세계관을 접목하고자 한 김지원(2013)의 연구 등 소수의 연구가 있었을 뿐이다. 한편 보건의로 분야의 학술지인 의철학 연구에서는 다양한 철학들을 의학과 접목하는 연구들을 이끌어왔으나, 기독교 윤리를 접목한 경우는 드물었다.

본 연구는 기독교 윤리 중에서도 가톨릭에 기반을 둔 연대성과 보조성의 원리에 주목하였다. 다양한 기독교 윤리 가운데서도 가톨릭 기반의 연대성과 보조성에 초점을 맞춘 이유는 유럽에서 가톨릭의 역사가 가장 오래되었기 때문에 사회 전반에 미친 영향이 가장 클 것이라고 가정하였기 때문이다. 본 연구의 목적은 유럽 건강도시를 기독교 윤리로 재조명함으로써, 국내 건강도시에 기독교적 윤리의 적용 방안을 제시하고 교회의 역할을 제시하는 것이다.

2. 기독교 윤리로서 연대성과 보조성에 대한 이해

(1) 기본전제

연대성과 보조성을 이해하기 위해서는 성경이 말하는 인간, 자유, 정의, 그리고 공동선에 대한 이해가 우선되어야 한다고 판단하였기 때문에 먼저 이들에 대한 개념을 간단하게 소개하고자 한다.

① 인간에 대한 이해

윤리란 인간의 행위에 대한 도덕적인 가치판단과 규범을 말한다(한국민족문화대백과사전, 2023). 따라서 윤리는 인간에 대한 이해를 기본으로 한다. 성경에서는 인간이 창조될 때 하나님의 형상을 따라 만들어졌다고 말한다(창1:26-27). 하나님의 형상으로 만들어졌다는 것은 인간이 하나님의 모형으로서 존엄함을 의미하며 하나님과의 인격적인 교제를 갈망하게 되어 있음을 말한다. 그리고 삼위일체 하나님의 성격을 우리 인간이 가지고 있어서 육체와 영혼 속에 그리고 모든 관계 속에 하나님의 모형을 가지고 있다는 것이다(이상웅, 2016). 하나님의 형상을 따라 남자와 여자로 만들어졌다는 말은 인간은 홀로 존재할 수 없는 사회적 존재라는 뜻과 함께 모든 인간은 하나님 앞에 평등하다는 뜻을 갖고 있다. 인간은 다른 모든 피조물과는 달리 피조물을 다스리는 통치의 권한을 갖게 되었으며, 노동은 이러한 통치의 사역이었다(창1:28). 피조물들을 다스리는 가운데 인간에게는 식물과 동물 등 먹을거리가 주어졌으며(창1:29-30), 생육하고 번성하는 복을 받았다.

그러나 인간에게 죄가 들어와 타락하면서 노동과 재생산은 수고와 고통이 따르는 것이 되었다. 남자와 여자 사이에도 간격이 벌어지게 되었다. 더 중요한 것은 하나님과의 친밀한 교제를 더 이상 할 수 없게 되었다. 하나님의 형상대로 지음을 받았지만 하나님과의 교제를 할 수 없고 다른 피조물 및 다른 인간과의 관계에서도 창조의 섭리에서 멀어진 상황을 우리는 '부자유'하다고

말할 수 있다.

② 자유

타락 이후 하나님과의 관계의 회복은 예수 그리스도를 믿는 믿음으로 말미암아 가능해졌다. 불트만은 예수로 말미암아 주어지는 구원을 자유와 동일한 개념으로 보았다. 이 때의 자유는 죄, 율법, 그리고 죽음에서의 자유이며 실존적인 결단을 통해 피조물로서 창조질서 속의 인간의 모습을 회복함을 의미한다(장양미, 2022).

구원을 통해 주어지는 자유는 책임을 동반하며, 책임을 통해 자유가 완성된다(고재길, 2018). 본회퍼는 자신의 윤리학에서 “책임적 인간은 인간과 상황 혹은 원리에 구애를 받지 않지만, 주어진 모든 인간적인 일반적 원리적 조건을 고려하는 가운데서 자기 자신의 자유 안에서 행동한다”고 하였다(고재길, 2018). 즉, 자유는 실존적인 하나님과의 관계 회복으로 주어지는 자유에 그치는 것이 아니라 이웃과 사회를 위한 책임 있는 행동을 통해 완성되는 것이다. 오늘날의 자유는 계몽주의에 의해 자기완결적 자유로 오해되어서 다른 사람의 자유를 고려하지 않고, 시장과 결합되어 타인을 착취하는 자유로 변질된 측면이 있다(손규태, 2010, p.78). 하지만 성경에서 말하는 그리스도인의 자유는 루터가 말하듯이 모든 것에서 자유하며 동시에 모든 것에서 종이 되는 변증법적인 의미를 갖는다(손규태, 2010, p.78).

③ 정의

철학적으로 아리스토텔레스는 정의를 ‘사람들이 각자 마땅히 받아야 할 몫’으로 정의하면서 분배의 정의, 교환의 정의, 법적 정의 등 3가지가 있다고 하였다(최경석, 2016). 분배의 정의란 공동체가 소유한 재화는 적절히 분배되어야 하며 불평등한 분배는 적절히 조정되어야 한다는 것이다. 교환의 정의는 개인 수준에서 재화를 교환할 때 다른 사람의 권리를 부당하게 침해하지 않아야 함을 뜻한다. 마지막으로 법적 정의란 강제적인 요소에 의해 달성되는 것이다.

기독교에서의 정의는 약자에 대한 사랑, 곧 애급의 압제에 신음하던 이스라엘 백성을 출애굽하게 하신 하나님의 긍휼에 기반한다. 3년마다 드리는 십일조의 혜택은 기업이 없는 레위인과 성 중의 객과 고아와 과부들에게 돌아가야 했다(신14:28-29). 객과 고아와 과부들을 위해 추수할 때 일정 부분을 남겨두도록 하였고(신 24:19-22), 7년마다 노예 신분을 면제하는 것(신 15:12-18)과 50년마다 반복되는 희년(레 25:8-55)을 통해 사회적 약자를 구하고자 하였다. 사회적 약자에 대한 사랑의 행동은 단지 사람과 사람 사이의 정의만이 아니라 하나님과의 교제의 본질이라고 말씀하신다(사 58:6-7; 암 5:24). 신약성경에서는 예수님이 이사야서를 인용하여 가난한 자, 포로된 자, 눈 먼 자, 눌린 자에게 복음(가난한 자)과 치유(눈 먼 자)와 자유(포로된 자, 눌린 자)를 주기 위해 오셨다고 말씀하심으로써(눅 4:18) 구약성경에서 나타난 하나님의 정의가 예수님으로 이어짐을 알 수 있다. 또한 예수님은 율법의 완성은 이웃사랑에 있다고 말씀하셨다(롬 13:8-10).

한편 에큐메니컬 운동을 통해 등장한 ‘참여정의’에도 주목할 필요가 있다. 에큐메니컬 운동은 1948년 암스테르담에서 개최된 제1차 세계교회협의회(World Council of Churches, WCC)에서부터 3가지 흐름-책임사회 구상, 정의롭고 참여적이고 지속가능한 사회, 그리고 정의, 평화, 창조질서 보전-으로 진행되어 왔다(최경석, 2016). 책임사회 구상은 자유시장경제도 아니고 공산주의도 아닌 제3의 길을 모색하는 것이었다. 1974년 WCC 베를린 회의에서는 정의롭고 참여적이고 지속가능한 사회를 위해 정의와 참여를 구분하지 않았다. 여기서 정의는 모든 사회 구성원들이 능동적으로 사회과정에 참여하도록 하는 것이었다(최경석, 2016). 참여정의는 주로 인간답게 일할 수 있는 권리와 사회문제에 관한 의사결정 과정에 참여할 수 있는 권리와 관련된다(최경석, 2016). 참여정의는 필연적으로 시민들의 역량강화를 요구한다.

④ 공동선

공동선(bonum commune, common good) 개념은 아퀴나스로부터 시작되었다. 그는 아리스토텔레스가 말한 정의의 목적으로서의 선(good)의 개념을 신학과 접목하였다. 아퀴나스는 공동선의 정의를 명시적으로 말한 적이 없기 때문에 공동선의 개념은 다양하게 이해되고 있다. 박정우(2016)는 사회적 존재인 인간이 함께 살아가며 서로 도우며 성장하여 자기완성을 이루기 위해 반드시 추구해야 할 핵심적인 사회생활의 원리로서 “모든 사람의 선이자 전인적 선(the good of all people and the whole person)”이라고 정의하였다. 모든 사람이 누려야 할 각종 인권(의식주 충족, 노동, 교육, 종교 등)의 원리가 포함되어 있다. 국내에서는 ‘공동체 복지’, ‘공익’으로 사용되어 왔다(하재홍, 2023). 하지만 공동선이 공동체의 복지만을 의미하지는 않는다. 공동체의 복지로 이해될 때 공동선의 추구를 이유로 전체주의나 집단이기주의로 흐를 수 있는 위험이 있다. 또한 공익이란 영미권에서 공리주의에 의해 사회적 효용을 개인 효용의 총합으로만 보는 시각에 대한 반발로서 등장한 것으로서 이 용어를 공동선의 개념과 동일시 할 때는 개인의 효용을 벗어난 별도의 효용이 존재한다는 오해를 불러일으킬 수 있다는 문제가 있다(하재홍, 2023).

(2) 연대성

연대성은 공동선의 실현을 위해 사회 구성원이 협력하는 원리이다. 연대를 통한 공동선의 실현은 인간의 존엄성 및 자유와 정의를 실현하는 차원에서 중요성을 갖는다. 앞서 자유는 방임적인 자유를 의미하지 않고, 구원을 통하여 사회적인 책임을 짐으로써 완성되는 것으로 소개하였다. 즉, 인간은 이웃의 필요에 반응하고 공동체가 당면한 문제를 함께 풀어나가는 과정 속에서 자유롭게 된다. 또한 공동선의 실현에 참여하는 것은 성경에서 이웃사랑으로 표현되는 정의를 실현하는 과정이다. 이러한 윤리적 원칙들은 공동체를 이루며 살아가는 개별 구성원들과 기구들이 서로 연대해야 하는 근거가 된다. 즉, 개인이 공동체를 위해 연대하는 것이 아니라 공동체가 개인의 자유와 정의를 위해 연대하는 것이다(정용교, 2008).

연대의 실현은 크게 세 가지로 가능하다(정용교, 2008). 첫째, 법적정의를 통해 구현된다. 즉, 공동선을 실현하도록 하는 법질서를 따름으로써 구현될 수 있다. 둘째, 참여정의, 즉 공동선을 실현할 수 있는 법질서를 만드는 과정에 참여하는 과정을 통해 구현될 수 있다. 이는 시민의 정치참여로 귀결된다. 이는 정치인으로서 활동하는 것에 국한되지 않고 집회나 결사 및 다양한 채널을 통한 의사 표현을 포함한다. 셋째, 법적정의를 초월하는 범위에서 이루어지는 자발적 참여를 통한 구현이다. 인간은 자신의 일을 책임 있게 훌륭하게 해냄으로써 사실상 공동선을 이루는데 기여할 수 있다. 개인이나 집단이 자기의 이익만을 추구하지 않고 내 일을 통해 다른 사람들의 이익을 증대시키고자 노력하는 것은 높은 수준의 연대이다.

(3) 보조성

보조성은 “개인의 창의와 노력으로 완수될 수 있는 일을 개인으로부터 빼앗아 사회에 맡길 수 없다”는 원리이다(정용교, 2008). 보조성 역시 인간의 존엄성, 자유, 정의의 실현이 근거가 될 수 있다. 이웃사랑과 같이 사회에 대한 책임을 실천하는 개인은 하나님의 형상으로서의 인간의 존엄성을 지키려는 것이며, 그 과정을 통해 자유를 얻게 되고 하나님의 정의의 일에 동참하게 된다. 이러한 자기해방의 과정 자체도 공동선의 일종이라고 할 수 있을 것이다. 그런데 개인의 사회적 책임을 국가나 기관이 빼앗는다면 그것은 선하지 못하다. 예를 들어, 맞벌이 가정에서 아이들을 제대로 양육하지 못한다고 하여 국가가 아이를 가정으로부터 분리시켜 양육하는 것은 선하지 못하다. 대신에 보조성은 맞벌이 가정이 양육을 할 수 있도록 육아휴직제도나 양육수당 등의 지원을 해줌으로써 부모가 온전히 자녀 양육자로서의 책임을 완수할 수 있도록 도움을 줘야 한다. 하지만 지나친 사회보장혜택은 개인의 자유와 정의 실현을 저해하므로 악하다.

보조성의 원리는 다양한 수준의 공동체들 사이의 관계에서도 성립한다. 다시 말해서 국가, 광역 자치단체, 기초 자치단체, 마을, 가정, 개인 등의 관계를 생각해보면 더 낮은 수준에서 할 수 있는 일을 더 높은 수준의 공동체가 담당해서는 안 된다고 할 수 있다. 따라서 보조성의 원리는 중앙집권적 체계보다는 지방분권적 체계에 더 잘 구현될 수 있다(정용교, 2008).

3. 유럽 건강도시에 대한 이해

(1) 건강도시의 등장 배경: 건강증진

건강도시(healty cities)는 건강증진(health promotion)의 한 전략이다. 따라서 건강도시의 등장 배경을 알기 위해서는 건강증진의 등장 배경을 먼저 알아야 한다. 건강증진은 ‘개인이 자신의 건강과 건강결정요인을 통제하고 개선시킬 수 있도록 하는 과정’이다(WHO, 1986). 건강증진은 18세기 산업혁명으로 인한 피폐한 도시환경의 개선을 통해 시민의 건강을 개선하고자 했던 과거

의 공중보건(public health)과는 다른 신공중보건(new public health) 운동의 흐름에 의해 등장하였다(WHO, 1986). 신공중보건은 개인 및 사회 전체의 건강을 보호하고 증진하기 위한 통합적인 접근이다(Tulchinsky & Varavikova, 2010). 신공중보건은 1978년 알마아타선언에서 나타난 것과 같이 건강을 보장하기 위해서는 보건의료뿐만 아니라 광범위한 사회적 요소가 필요함을 전제로 하며, 이들을 필요에 따라 분배하는 지역사회의 참여와 조정 기능을 갖으한다(Tulchinsky & Varavikova, 2010). 이러한 신공중보건의 특징은 표 1과 같다.

<표 1> 신공중보건의 특징

구분	구공중보건	신공중보건
건강결정요인	물리적 하부구조에 초점(주택, 물, 위생 등)	물리적 하부구조와 함께 사회적지 지, 사회자본, 건강행태 강조
전문분야	의료전문가 중심	다부문의 협력 강조, 여러 전문분야 가운데 하나로서의 의학
사회조사 방법	역학(epidemiology)	다양한 방법
시민의 역할	수동적	능동적, 주체
일차적 관심	전염병	건강에 대한 모든 종류의 위협들
건강의 정의	질병의 부재	적극적 건강
건강형평성	빈곤, 취약계층에 대한 고려	사회정의 실현

source: Fran Baum, New Public Health (3rd ed.). Oxford University Press, 2011. p.37 재구성

1986년 세계보건기구는 제1차 세계건강증진대회를 개최하면서 건강증진의 5가지 수단으로서 건강한 공공정책 수립, 건강지원적 환경조성, 지역사회 참여, 개인의 건강기술개발, 그리고 보건의료서비스의 방향 재설정을 제시하였다(WHO, 1986). 첫째, 건강한 공공정책은 주택, 교통, 교육, 환경, 노동 등의 공공정책들이 건강에 이로운 정책이 되어야 함을 뜻한다. 둘째, 건강지원적 환경은 사회적 지지와 사회자본을 통해 사회경제적 환경이 건강해야 한다는 것을 의미한다. 셋째, 지역사회 참여는 지역사회를 정부 사업의 대상자로만 볼 것이 아니라 능동적인 의사결정 주체이자 협력자로서 참여시키는 것을 말한다. 넷째, 건강증진을 위해서는 자신의 건강을 개선하기 위해 필요한 건강 기술을 갖추도록 해야 하며, 마지막 다섯째, 보건의료서비스는 기존의 치료 위주에서 예방, 재활, 웰빙 등 더 폭넓은 서비스로 전환해야 한다.

건강증진의 5가지 수단을 실천하기 위한 전략으로서 오타와현장에서는 옹호(advocate), 역량강화(enable), 중재(mediate)를 제안하였다(WHO, 1986). 건강한 공공정책을 수립하거나 지역사회 참여를 통한 파트너십을 구축하기 위해서는 건강의 가치를 옹호(advocate)해야 한다. 또한 건강을 위해서는 보건의료 부문을 통한 직접적 서비스 제공도 필요하지만 타부문이 건강한 환경을 조성할 수 있도록 중재(mediate)하는 전략이 필요하다. 건강증진은 시민이 수동적인

정부의 사업 대상자가 아니라 자기의 건강과 건강에 영향을 미치는 요소들을 스스로 통제하고 개선할 수 있는 능동적인 주체가 되어야 함을 강조하기 때문에 역량강화(enable)가 우선되어야 한다.

이러한 건강증진의 원리와 더불어 잉글랜드(Bloomsberry와 런던에서의 모든 이를 위한 건강 시행, Mersey에서의 신공중보건 시행), 캐나다(Healthy Toronto 2000)에서 이루어진 도시 수준에서의 건강을 위한 통합적 접근의 초기 사례들은 유럽 지역에서 건강도시 네트워크가 형성되는데 기여하였다(Tsouros, 2015). 1987년 리스본에서 WHO 유럽 지역사무소와 몇몇 도시들이 유럽 건강도시 네트워크의 틀을 만들고 발족하게 된다.

(2) 건강도시의 정의

WHO 유럽 지역사무소는 건강도시를 다음과 같이 정의한다:

“A healthy city is one that continually creates and improves its physical and social environments and expands the community resources that enable people to mutually support each other in performing all the functions of life and developing to their maximum potential. 건강도시는 물리적, 사회적 환경을 지속적으로 창조 및 개선하고, 사람들이 삶의 모든 기능을 수행하고 잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록 서로 지원하는 지역사회 자원을 확장하는 도시이다”(Hancock & Duhl, 1988).

(3) 건강도시의 특징

유럽 건강도시 네트워크는 건강도시는 다음과 같은 11가지 특징을 갖는다고 하였다.

<표 2> 건강도시의 11가지 특징

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. 물리적인 환경이 깨끗하고 안전한 도시(주거의 질 포함)2. 안정적이면서 장기적으로 지속가능한 생태계를 보존하는 도시3. 상호 협력이 잘 이루어지며, 착취적이지 않은 지역사회4. 자신들의 생활, 건강 및 안녕에 영향을 미치는 결정에 대한 시민의 참여와 통제기능이 높은 도시5. 모든 시민의 기본 욕구(음식, 물, 주거, 소득, 안전, 직장)가 충족되는 도시6. 광범위하고 다양한 만남, 상호교류, 소통의 기회와 함께 폭넓은 경험과 자원이용이 가능한 도시7. 다양하고 활기에 넘치고 혁신적인 경제8. 역사, 시민의 문화적 및 생물학적 유산, 타 집단 및 개인들과 연속성이 장려되는 사회 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 9. 모든 시민이 접근할 수 있는 적절한 공중보건 및 최적 수준 치료서비스를 갖춘 도시
- 10. 지역주민의 건강 수준이 높은 도시(높은 건강수준과 낮은 이환율)
- 11. 이상의 특성들을 충족하며 이를 강화하는 도시체계

자료: Hancock T, Duhl L. (1988).

(4) 건강도시 추진체계

유럽의 건강도시 5년 단위로 회원가입 인증절차를 추진해왔다. WHO 유럽 사무소가 사무국이 되어 회원가입의 조건에 따라 심사를 한다. 회원가입의 10가지 요구 조건에는 정치적 몰입, 행정적 기반(인력), 근거 기반의 정책, 건강에 대한 우선순위 부여, 도시건강계획, 파트너십, 역량강화, 네트워크 활동 참여, WHO 건강도시 네트워크 미팅 참여, 모니터링 및 평가 기전이 포함되어 있다(Tsouros, 2015). 이 중에서 정치적 몰입(political commitment)은 건강도시에서 매우 중요한 요소이다(김정민, 고평욱, 2009). 도시정치를 통해 도시정책의 우선순위를 무엇에 둘지가 결정되기 때문이다. 정치적 몰입은 조례와 같은 법적 근거를 제정하는 것, 건강도시의 예산을 편성하는 것, 기타 건강도시 추진을 위한 제도적 기반을 만들어 낼 수 있게 한다. 도시건강계획은 도시 전체 부문이 건강계획에 참여한다는 점에서 국내의 경우 보건소 중심으로 수립되는 보건의료계획과는 차이가 있다. 도시 내에서 포괄적인 부문간 협력이 요구되기 때문에 건강도시 추진을 위해서는 파트너십과 역량강화가 요구된다. 모든 부문이 건강에 전문성을 갖고 있지 않고, 보건 부문이 타부문과 소통하기 위해서도 역량강화가 필요하며 이를 바탕으로 파트너십이 형성되어야 한다.

또한 사무국은 5년 단위로 회원 도시들의 건강도시사업의 방향성을 제시한다. 1987년부터 시작된 1기부터 현재는 7기의 기간에 놓여있으며, 각 기의 사업 초점은 표 3과 같다.

<표 3> 유럽의 건강도시사업(1987~2025)

Phase	회원도시 수/국가 네트워크 수	사업의 초점
1(1987-1992)	34/19	건강도시의 기반 조성; 도시건강계획
2(1993-1997)	37/21	부문간 협력, 지역사회 참여, 포괄적 도시건강계획
3(1997-2003)	56/29	건강 및 지속가능개발 활동; 건강한 도시계획; 주요 만성질환의 요인 관리; 건강의 사회적 결정 요인 관리; 도시건강개발계획; 유럽 내 다른 도시 네트워크와의 연계

4(2003-2007)	70/25	파트너십에 기반한 도시건강계획 강조; 건강한 도시계획, 건강영향평가, 건강한 노화
5(2008-2013)	100+/30	모든 지방정부 정책에 건강과 형평성 고려; 돌봄과 지원적 환경 조성, 건강한 생활, 건강한 도시 환경 및 설계
6(2014-2018)	1,400+/31	건강도시 건강외교를 위한 리더십; 생애주기적 접근을 통한 Health 2020 렌즈의 적용, 지역사회 회복탄력성과 건강 문해력
7(2019-2025)	1,200+/31	지속가능개발; 지방정부를 통한 whole-of-government, whole-of-society 접근

자료: Tsouros, A. (2015). p.i5.; EURO (2023)

4. 유럽 건강도시에 대한 기독교 윤리의 재조명

(1) 건강도시의 정의에 대한 기독교 윤리의 재조명

건강都市는 “물리적, 사회적 환경을 지속적으로 창조 및 개선하고, 사람들이 삶의 모든 기능을 수행하고 잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록 서로 지원하는 지역사회 자원을 확장하는 도시이다”(Hancock & Duhl, 1988). 사실 유럽 건강도시 네트워크는 건강都市에 ‘건강’이나 ‘질병’이나 ‘보건의료’와 같은 용어를 사용하고 있지 않다. 대신에 ‘사람들이 삶의 모든 기능을 수행하고 잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다. 여기서 건강은 단지 질병이 없는 소극적인 개념이 아니라 인간의 자아실현과 같은 적극적 개념이다. 자아실현은 모든 사람에게 선택한 것으로 공동선이라 할 수 있다. 여기에 담겨있는 첫 번째 기독교 윤리는 질병이나 장애 같은 상태에 상관없이 하나님이 허락하신 육체의 범위 안에서 최대한의 성취를 누리는 ‘자유’와 ‘인간 존엄성’의 원리이다.

건강都市의 근간이 되는 이론인 건강증진의 정의에서도 인간 존엄성과 자유의 원리를 발견할 수 있다. 건강증진은 ‘개인이 건강과 건강결정요인에 대한 통제와 개선시킬 수 있도록 하는 과정’이다. 예를 들어, 질병이나 장애가 있는 사람이라도 자신의 상태를 개선시키는 결정에 있어서 개인은 통제력을 가지며, 자신의 건강을 개선하는데 있어서 개인의 의사는 존중되어야 한다. 한편 개인의 건강 개선에 대한 통제력, 즉 자유의 이면에는 개인의 책임도 존재한다. 개인은 자신의 건강을 이롭게 하는 요인들을 선택하고, 해롭게 하는 요인들을 멀리하는 노력을 해야 하며, 건강을 이롭게 하는 환경을 만들 수 있도록 공동체의 다른 주체들과 협력해야 한다.

건강都市의 정의에 담긴 두 번째 기독교 윤리는 연대성이다. 앞서 기술한 바와 같이 연대성은 공동선의 실현뿐만 아니라 인간의 존엄성 및 자유와 정의를 실현하는 차원에서 모두 중요성을

갖는다. 공동선인 최고 수준의 건강을 모두가 누리기 위해 건강도시에서는 ‘서로 지원하는 지역사회 자원을 확장’하고자 한다. 지역사회 자원에는 사람, 장소, 정보, 재정 등이 포함된다. 건강을 누리기 위해 서로 지원하는 주체로는 도시의 공공, 민간, 그리고 제3섹터의 개인 및 기관이 모두 해당될 수 있다. 여기에는 교회가 당연히 포함되며, 교회의 역할은 논의에서 살펴보기로 한다. 또한 건강도시에서 이러한 연대의 노력은 ‘지속적으로’ 이루어져야 함을 촉구한다.

셋째, ‘사람들이 삶의 모든 기능을 수행하고 잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록’ 함으로써 건강의 성취의 일차적 책임과 권한이 개인에게 있음을 말한다. 도시의 역할은 개인이 건강을 성취할 수 있도록 지역사회 자원을 확장하고, 사회적, 물리적 환경을 조성하는 것으로서 이것은 보조성 원리에 해당한다.

한편 전통적으로 보건의료체계에서는 건강보험제도(public health insurance system) 혹은 국가보건의료체계(National Health System)를 통해 국가의 역할이 강조되는데 반해, 건강도시에서는 도시의 역할을 부각시킨 것은 연대성의 원리와 보조성의 원리를 모두 담고 있다고 할 수 있다. 국가와 개인만이 아닌 지방정부인 도시도 개인의 건강 성취를 위한 책임이 있다는 것은 공동선을 위한 연대성의 원리로 이해할 수 있다. 또한 최고 수준의 공동체인 국가보다는 개인의 생활환경에 더 밀접한 관련성이 있는 더 낮은 수준의 공동체인 도시의 책임을 강조하는 것에서 보조성의 원리를 찾을 수 있다.

(2) 건강도시의 특징에 대한 기독교 윤리의 재조명

유럽 건강도시는 11가지 건강도시의 특징을 제시하고 있다. 여기에서는 우선 보건의료서비스 및 높은 건강수준 이외에도 기본적 욕구(의식주, 노동, 안전 등)의 충족, 쾌적한 환경, 생태계 보존 등 다양한 공동선을 추구함을 알 수 있다. 또한 건강도시의 11가지 특징에는 기독교 정의에 해당하는 것들이 다수 포함되어 있다. 장기적으로 지속가능한 생태계를 보존(2)하는 것은 미래 세대가 누릴 생태계 자원을 훼손하지 않는 분배정의에 해당한다고 볼 수 있다. 착취적이지 않은 지역사회(3)는 인간의 존엄성과 함께 모든 시민의 기본 욕구(음식, 물, 주거, 소득, 안전, 직장)가 충족(5)되는 도시에서는 기본적인 욕구(need)에 따른 자원분배의 원칙이 드러나며 무한 경쟁을 통한 성과위주의 분배를 경계한다. 마찬가지로 모든 시민이 접근할 수 있는 적절한 공중보건 및 최적 수준 치료서비스를 갖춘 도시(9)에서도 성과로서가 아닌 필요에 따라 차별 없이 모든 사람에게 보건의료서비스가 분배되어야 하는 정의가 드러난다. 역사, 시민의 문화적 및 생물학적 유산, 타 집단 및 개인들과 연속성이 장려되는 사회(8)에서는 다양한 배경을 가진 시민들에 대한 차별과 배제 대신 포용이 강조된다. 자신들의 생활, 건강 및 안녕에 영향을 미치는 결정에 대한 시민의 참여와 통제능력이 높은 도시(4), 광범위하고 다양한 만남, 상호교류, 소통의 기회와 함께 폭넓은 경험과 자원이용이 가능한 도시(6), 다양하고 활기에 넘치고 혁신적인 경제(7)에서

는 시민이 참여를 통해 자유를 실현하도록 하는 참여정의의 원리를 엿볼 수 있다.

건강도시가 이처럼 다양한 정의와 공동선을 추구하는 것은 도시 내에서 추진되는 다른 정책들과 연대해야 함으로써 건강을 성취할 수 있다는 점에서 연대성의 원리를 반영한다고 할 수 있다. 예를 들어, 지속가능한 생태계 보존을 위해서는 지속가능개발과 관련된 정책들과 연대해야 하며, 모든 시민의 기본 욕구 충족을 위해서는 사회복지 정책들과 연대해야 한다. 건강도시의 등장배경으로서 오타와현장에서 제시한 건강증진의 3가지 전략 중 중재(mediate)는 연대성의 원리에 해당한다. 또한 건강증진의 5가지 수단 중에서 건강한 공공정책이나 건강지원적 환경조성은 건강을 위해 여러 부문이 협력해야 하는 연대성의 원리와 관련이 있다.

(3) 건강도시 운영체계에 대한 기독교 윤리의 재조명

유럽의 건강도시들은 유럽 지역의 네트워크(WHO-EHCN: WHO European Healthy City Network)로 운영되고 있다. 각 기마다 회원가입을 받을 때 조건을 부여하고 있는데 그 기준 가운데는 네트워크 내의 다른 회원도시들과의 협력이 포함되어 있어 연대성의 원리가 적용되고 있다. 유럽 건강도시 네트워크에서의 활동에는 각 회원도시에 대한 회원인증 및 평가를 비롯하여 각 기마다 정해진 정책 초점에 따라 사업의 방향성을 제시하며, 매년 열리는 건강도시대회를 통해 기술적, 정책적 자원들을 교류하는 것이 포함된다. 연례 건강도시대회는 5년에 한 번씩 국제대회로 개최되어 유럽 내에서뿐만 아니라 글로벌 수준에서 유럽 도시의 경험을 교류하는 기회를 갖는다.

유럽 건강도시 네트워크에서 WHO 유럽 사무소의 역할은 도시의 활동을 지원하는 보조성의 원칙을 따른다. 우선 건강도시를 추진할지 말지는 도시의 자발적인 결정에 따른다. 그리고 실제 건강도시 추진을 위해 인력과 예산을 확보하고 구체적으로 어떤 사업을 할지를 정하는 것은 온전히 도시가 결정한다. WHO는 건강도시에 대한 이해가 부족한 도시들을 위해 인증절차를 통해 상세한 건강도시 지표를 안내하고 모니터링 및 평가의 틀을 제시하는 등 기술적, 정책적 지원을 해준다. 또한 표 3에서와 같이 건강도시사업의 초점을 제시하여 사업의 방향성을 제시하며, 연례 건강도시대회 및 각종 기술적 보고서들을 통해 회원도시들이 건강도시를 실행하는 것을 돕는다. 또한 국가 수준에서의 건강도시 네트워크를 장려하는 것 또한 보조성의 원리에 해당한다고 할 수 있다.

5. 논의 및 결론

(1) 국내 건강도시에 대한 시사점과 교회의 역할

지금까지 기독교 윤리의 기본전제인 인간에 대한 이해, 자유와 정의, 그리고 공동선의 개념을

바탕으로 연대성과 보조성의 원리를 고찰하였다. 이를 토대로 유럽 건강도시의 정의, 특징, 그리고 운영체계에 담겨진 기독교 윤리를 재조명한 결과 연대성과 보조성의 원리가 적용되고 있음을 확인할 수 있었다. 연대성과 보조성의 원리가 현재 한국의 건강도시에 어떤 시사점을 갖고 있으며 교회의 역할은 무엇인지에 대해 논의하고자 한다.

국내 건강도시들은 지금까지 국가의 개입없이 자발적으로 추진되었다. 대한민국건강도시협의회라는 자발적인 협력기관을 통해 회원도시들간의 교류를 추진해왔다. 건강도시에는 경제수준이 상대적으로 높은 도시와 농어촌보다는 도시지역에서 더 높은 비율로 포함되어 있다(강은정 등, 2021). 경기도의 경우 남부에 비해 북부의 건강수준이 더 낮으나 건강도시를 추진하는 지자체는 남부에 더 집중되어 있다¹⁾. 이와 같이 건강도시를 통해 건강에 더 많은 자원을 투입하는 도시가 이미 더 건강한 도시라면 자원이 부족하면서도 덜 건강한 도시를 위해 연대성의 차원에서 국가와 광역자치단체의 역할이 요구된다. 우리나라도 2021년 12월에 국민건강증진법에 건강도시에 관한 조항이 추가됨으로써 이제 국가가 역할을 갖게 되었다. 그런데 현재 법에 따르면 국가의 역할이 건강도시에 관한 지표를 개발하여 보급하는 것에 국한되어 있다. 다만 앞으로 시행령과 시행규칙을 제정하여 건강도시를 지원할 수 있는 근거를 마련할 수 있는 기회가 있다는 데 희망이 있다. 연대성의 차원에서 건강형평성 개선을 위해 자원이 부족하면서도 건강수준이 낮은 도시들이 건강도시를 추진할 수 있는 실질적인 지원, 즉 예산이나 인력의 배정을 통한 지원이 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

연대성의 차원에서 또 한 가지 제안할 점은 대한민국건강도시협의회를 포함하여 도시들 간에 연대를 할 수 있는 네트워크들에 자원을 지원할 필요가 있다. 현재 대한민국건강도시협의의 사무국은 행정가들로 구성되어 있기 때문에 연구개발을 통한 정책 지도력을 발휘하기에는 미흡한 편이다. 유럽에서는 WHO 유럽사무소가 사무국을 맡고 있는 것과는 대조적이다. 국가가 가진 연구개발 자원을 건강도시 네트워크 사무국과 연계하는 방법을 연구할 필요가 있다. 다만 이때 보조성의 원리에 따라 회원도시들의 참여가 보장되는 의사결정 구조가 요구된다.

한편 건강도시의 추진 원리를 윤리적인 측면에서만 볼 수는 없다. 보건학의 관점에서 건강도시는 건강증진(health promotion)의 전략으로 볼 수 있는데, 건강증진이 정책적인 차원에서 유럽과 우리나라에서 어떤 방식으로 도입되었는지를 비교하는 것도 의미가 있다. 유럽은 WHO 세계건강증진대회 오타와선언에서 정의된 건강증진을 도시 차원에서 실행하기 위해 건강도시를 착수하였다. 이때의 건강증진은 “시민이 자신의 건강 및 건강결정요인에 대한 통제력을 갖도록 하는 과정”이며, 건강을 좀 더 개선한다는 식으로 해석되는 상식적 의미와는 매우 다르다. 반면에 국민건강증진법에 나타난 국내의 건강증진은 금연, 절주, 운동, 영양 등 국민의 건강수준을 개선하

1) 북부에는 8개 도시 중 의정부, 양주, 고양 등 3개(37.5%)가 건강도시이고, 남부에는 20개 도시 중 화성, 부천, 오산, 의왕, 양평, 광주, 광명, 시흥, 수원, 안성, 용인, 성남, 안산, 여주 등 14개(70%)가 건강도시이다.

기 위한 국가의 사업으로서의 개념이 강하다. 실제로 이 법은 1995년 담뱃세 인상과 더불어 국민건강증진기금을 설치하고 보건소에서 “건강증진사업”을 수행하기 위한 근거로서 만들어졌다(김광기, 유승현, 강은정, 2019). 이와 대조적으로 오타와선언에서 나타난 건강증진의 3가지 전략—옹호, 역량강화, 중재—이나, 5가지 수단에서는 부문간 협력과 지역사회 참여 등 국가 주도가 아닌 사회의 여러 주체들의 참여를 강조한다(whole-of-government, whole-of-society). 이처럼 건강도시의 정책적 배경인 건강증진의 성격에 있어서 유럽과 우리나라가 다르다는 점을 먼저 이해할 필요가 있다.

우리나라의 건강증진사업이 국가가 주도하고 지방정부가 시행하는 정부주도의 사업에서는 시민참여와 부문간협력의 수준이 제한될 수밖에 없다. 실제로 건강도시 실무자들을 대상으로 한 한 조사에서 지역사회 주민을 연 1회 이상 교육한 도시는 15.7%에 불과하였고, 타부서 공무원을 교육한 도시는 21.7%에 불과하였다(강은정 등, 2016). 건강도시 기획 과정에서 타부서와의 협력은 자문이나 계획수정 등 낮은 수준인 경우가 57.9%로 가장 많았고, 아무런 협력을 하지 않은 경우도 17.5%였다. 지역주민의 참여 또한 정보를 제공하는 가장 낮은 수준이 41.1%로 가장 많았고, 주민이 의사결정에 참여하거나 사업계획을 주도한 경우는 각각 8.9%에 불과하였다.

이런 면에서 국내 건강도시를 포함하여 건강증진 정책 전반에 보조성의 원리가 요구된다고 보인다. 보조성은 인간의 존엄성과 자유라는 윤리적 차원에서 중요하다는 점은 전술한 바와 같다. 그런데 보조성의 중요함은 보건학에서 다루는 건강결정요인의 차원에서도 설명이 가능하다. 건강증진이라는 용어가 처음으로 국제적으로 등장한 것은 캐나다의 라론드 보고서이다(Lalonde, 1974). 이 보고서는 캐나다인의 주요 사망원인의 건강결정요인별 기여도를 분석한 결과 생활습관의 기여도가 43%로 가장 크고, 그 뒤를 생물학적 요인(27%), 환경(19%), 그리고 보건의료체계(11%)가 있는 것을 발견하였다. 즉, 건강이라는 공동선을 위해서는 개인의 생활습관이 가장 중요한 만큼 생활습관의 실천자인 개인을 관련된 의사결정 과정에 참여시키는 것은 사업의 효과성과 효율성 측면에서도 필요하다고 할 수 있다.

마지막으로 건강도시에서 교회의 역할은 연대성의 원리에서 이해할 수 있다. 교회는 그리스도의 몸으로서 우리 사회에서 정의를 실천해야 할 사명이 있다. 성경에서 말하는 정의는 곧 이웃사랑, 특히 가난하고 병든 이웃에 대한 사랑이다. 본회퍼는 『저항과 복종』에서 “교회는 타자를 위해서 존재할 때 교회이다”라고 했다(손규태, 2010). 지금은 국가나 지방정부, 기타 여러 공공 및 민간단체들도 건강이라는 공동선을 위해 일하고 있다. 따라서 교회는 사회의 이런 여러 기관들과 연대해야 하고, 더 나아가 모범을 보여야 한다. 우리나라는 기대수명은 현재 일본 다음으로 높지만 많은 건강문제를 갖고 있다. 예를 들어, 자살률 세계 1위라는 오명이 이제는 이슈화 되지도 않을 정도로 문제에 무감각해져가고 있고, 마약, 인터넷, 도박 등 각종 중독이 증가하고 있으며, 늘어나는 노인과 장애인을 위한 돌봄 인력이 부족한 문제에 대한 해법을 찾지

못하고 있다. 이런 문제에 교회가 눈을 떠야 할 때다.

건강도시에 교회가 참여하는 방식은 마을목회에서 사례를 참고할 필요가 있다. 마을목회는 마을에서 살아가는 사람들을 오로지 전도의 대상으로만 삼지 않고, 하나님의 정의, 사랑, 보살핌이 살아 숨쉬는 하나님 나라를 건설하고자 하는 목회 형태를 말한다(김도일, 2022). 마을목회의 특징은 첫째, 목회자가 아닌 성도가 주도적인 상향식 운동이고, 둘째, 소통과 의논하는 민주적인 과정을 중시하며, 셋째, 마을 속에서 마을 사람들을 존중하고 함께 어울리며, 넷째, 사랑을 실천하는 가운데 공동체성을 회복하려는 운동이며, 마지막으로 나-가정-교회-마을-세계로 연결되는 생명의 생태계를 중요시한다(노영상, 2018). 이상의 마을목회의 특징들은 보조성(주민 주도)과 연대성(정의, 사랑 실천을 위해 마을 주민들과 연대)이라는 특징을 갖고 있다는 점에서 유럽 건강도시가 추구하는 방식과 매우 유사하다. 마을목회가 주민의 건강문제를 해결하려고 노력할 때 건강도시를 구현하기 위한 지역사회의 중요한 파트너로서 자리매김 할 수 있을 것이다.

(2) 연구의 제한점

본 연구에서는 기독교 윤리를 가톨릭에서 발전된 연대성과 보조성이라는 원리에 국한하였다. 개신교에서도 개인, 교회, 사회, 국가의 윤리적 관계를 다룬 이론이 루터의 두 왕국 이론, 칼 바르트의 신앙의 유비, 공적 신학, 해방신학, 민중신학 등 다수가 있다. 향후 연구에서는 이러한 다양한 기독교 윤리를 건강도시에 적용하여 비교함으로써 보다 기독교 윤리를 통해 건강도시라는 공동선을 이루는 보다 더 나은 방안을 모색할 필요가 있다.

(3) 결론

우리나라의 건강도시는 유럽의 건강도시의 등장 배경에 대한 이해는 없이 지자체장의 정치적 판단에 의해 지금까지 하향식으로 도입되고 실행되어왔다. 본 연구는 유럽 건강도시의 정의와 특징, 운영체계를 연대성과 보조성이라는 기독교 윤리를 통해 재조명한 결과 연대성과 보조성의 원리가 다양하게 적용되고 있음을 알 수 있었다. 기독교 문화가 주류를 이루지 못하고 있는 우리나라의 상황에서는 국가가 추진하는 건강도시를 포함한 건강증진정책에 기독교 윤리가 적용되기를 기대하기는 어렵다고 볼 수 있다. 그러나 본 연구에서는 연대성과 보조성의 원리를 학문적으로 해석하여 몇 가지 제안하는 것을 시도하였다. 또한 교회는 연대성의 원리에 따라 건강도시에 적극 참여할 것을 촉구하며 마을목회 모형이 좋은 사례가 될 수 있음을 제안한다.

참고문헌

- 강은정, 손창우, 함영은, 고광욱, 김건엽, 김유립 (2021). 건강도시는 지방정부의 자원을 확장하는가?: 환경, 사회복지, 보건, 교통 예산을 중심으로. 보건사회연구, 41(1), 99-112.
- 강은정, 김건엽, 고광욱, 김은정, 김복미 (2016). 대한민국건강도시지수 개발 연구. 순천향대학교 · 대한민국건강도시협의회. 미발간.
- 고재길 (2018). 자유의 기독교사회윤리적 함의에 관한 연구-디트리히 본회퍼의 견해를 중심으로-. 신학과 사회, 32(1), 41-68.
- 김광기, 유승현, 강은정 (2019). 건강도시와 건강증진의 관계 정립 및 국민건강증진법의 개정방향. 보건교육건강증진학회지, 36(5), 87-98.
- 김도일 (2022). 기독교의 공공성과 마을목회의 기독교교육적 함의. 종교교육학연구, 70, 167-183.
- 김정민, 고광욱 (2009). 건강도시사업추진을 위한 개인, 조직, 환경 역량의 평가. 보건교육건강증진학회지, 26(2), 119-133.
- 김지원 (2013). 보건의료분야에 기독교 세계관의 적용과 실천: 교육과 연구를 중심으로. 신앙과 학문, 18(4), 93-114.
- 노영상 (2018). 마을목회, 왜 하여야 하며 어떻게 할 것인가? 마을교회, 마을목회 실천편. 서울: 한국장로교출판사.
- 박정우 (2016). 가톨릭 교리에 비추어 본 생명과 건강: 인간의 존엄성, 공동선, 연대성과 보조성을 중심으로. 인격주의 생명윤리, 6(2), 51-85.
- 손규태 (2010). 하나님 나라와 공공성: 그리스도교 사회윤리 개론. 서울: 대한기독교서회.
- 이상웅 (2016). 최홍석의 개혁주의 인간론 고찰-하나님 형상(Imago Dei)론을 중심으로. 한국개혁신학, 52, 47-87.
- 장양미 (2022). 바울의 자유 개념의 정치신학적 재건을 향하여-‘칭의론’과 ‘자유’의 관계를 중심으로. 신학사상, 196, 39-70.
- 정용교 (2008). 공동체 윤리의 재조명: 공동선, 보조성, 연대성을 중심으로. 윤리연구, 70, 31-56.
- 조무성 (2011). 전인목회와 건강도시: 하나님 나라의 관점. 신앙과 학문, 16(3), 243-285.
- 조무성 (2008). 건강도시와 살롬커뮤니티의 관계: 생활행정학과 신학의 만남. 신앙과 학문, 13(3), 307-389.
- 조용훈 (2023). 능력주의 사회에서 한국교회의 사회 윤리적 과제에 대한 연구. 대학과 선교,

55, 111-139.

최경석 (2016). '참여정의'에 대한 기독교 윤리적 고찰. *기독교사회윤리*, 35, 341-368.

하재홍 (2023). 법의 목적과 공동선. *서울법학*, 31(2), 39-79.

한국학중앙연구원. 한국민족문화대백과사전. Accessed on Nov. 3., 2023.

<https://encykorea.aks.ac.kr/>.

Baum, F. (2011). *New Public Health* (3rd ed.). Oxford University Press.

EURO (European Regional Office of WHO). WHO European Healthy Cities Network.

Accessed on Nov. 3., 2023.

<https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>.

Hancock T, Duhl L. (1988). *Promoting Health in the Urban Context*. WHO Healthy Cities Pap. No. 1. Copenhagen: FADL.

Hollenbach, D. (2002). *The Common Good and Christian Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press. pp.7-9.

Lalone, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canada: A Working Document*. Ottawa: Government of Canada.

Tsouros, A. (2015). Twenty-seven years of the WHO European Healthy Cities movement: a sustainable movement for change and innovation at the local level. *Health Promotion International*, 30(Suppl. 1), i3-i7.

Tulchinsky, T. H., Varavikova, E. A. (2010). What is the "New Public Health"? *Public Health Reviews*, 32(1), 25-53.

WHO Europe. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: WHO Europe.