

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas,
COM(2005)

LIBRO VERDE

«Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas»

LIBRO VERDE

ÍNDICE

«Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas»

I.	Situación actual en Europa.....	3
II.	Salud y riqueza.....	4
III.	El procedimiento de consulta.....	5
IV.	Estructuras e instrumentos a escala comunitaria.....	6
IV.1.	Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud	6
IV.2.	Red europea sobre la nutrición y la actividad física	6
IV.3.	La salud en las políticas de la UE	6
IV.4.	El programa de acción en el ámbito de la salud pública.....	7
IV.5.	La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA)	8
V.	Ámbitos de intervención	8
V.1.	Información de los consumidores, publicidad y estrategia comercial	8
V.2.	La educación de los consumidores.....	9
V.3.	Centrar la atención en los niños y los jóvenes	9
V.4.	Disponibilidad de alimentos, actividad física y educación sobre la salud en el lugar de trabajo.....	10
V.5.	Integrar en los servicios sanitarios la prevención y el tratamiento del exceso de peso y la obesidad.....	10
V.6.	Combatir el entorno propicio a la obesidad	11
V.7.	Desigualdades socioeconómicas	11
V.8.	Fomentar un enfoque global e integrado para la promoción de regímenes alimentarios sanos y la actividad física.....	12
V.9.	Recomendaciones relativas a la ingesta de nutrientes y la formulación de directrices dietéticas basadas en los alimentos	12
V.10.	Cooperación con terceros países	13
V.11.	Otras cuestiones	14
VI.	Próximas Etapas.....	14

Annex 1: Figures and Tables

Annex 2: Relationship between diet, physical activity and health

Annex 3: References

LIBRO VERDE

«Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas»

I. SITUACIÓN ACTUAL EN EUROPA

- I.1. Una dieta poco sana y la falta de actividad física son las principales causas de enfermedades evitables y de muertes prematuras en Europa, donde el aumento de la prevalencia de la obesidad constituye un importante problema de salud pública (*véase más información contextual en el anexo 2*).
- I.2. El Consejo ha invitado a la Comisión a que contribuya a la promoción de estilos de vida sanos¹⁽ⁱ⁾ y estudie formas de promover una mejor nutrición en la Unión Europea, presentando, en su caso, propuestas adecuadas a tal fin². El Consejo también ha instado a los Estados miembros y a la Comisión a que elaboren y pongan en marcha iniciativas para fomentar la alimentación sana y la actividad física³.
- I.3. La Comunidad posee competencias claras en este ámbito. En efecto, el artículo 152 del Tratado exige que se garantice un alto nivel de protección de la salud humana en la definición y la ejecución de todas las políticas y acciones de la Comunidad. Puesto que una serie de ámbitos de la intervención comunitaria son pertinentes para la nutrición y la actividad física, el Consejo confirmó la necesidad de tener en cuenta estos aspectos en las políticas correspondientes a nivel europeo⁴.
- I.4. La actuación en el ámbito nacional puede complementarse eficazmente a nivel comunitario. Sin limitar el campo de intervención de los Estados miembros, la acción comunitaria puede explotar las sinergias y las economías de escala, facilitar la actuación a escala europea, poner los recursos en común, difundir las mejores prácticas y contribuir, de este modo, al impacto general de las iniciativas nacionales.
- I.5. El Consejo destacó que el carácter de etiología múltiple que presenta la epidemia de obesidad requiere planteamientos que incluyan al mayor número posible de partes interesadas⁵ –entre los que la Plataforma europea de acción en materia de alimentación, actividad física y salud representa un ejemplo destacado (*véase el punto IV.1*)– así como medidas a escala local, regional, nacional y europea⁶. Asimismo, el Consejo acogió favorablemente la intención de la Comisión de presentar este Libro Verde y de publicar en 2006 los resultados de la consulta pública iniciada con dicho Libro Verde⁷.
- I.6. El Comité Económico y Social Europeo destacó que la acción comunitaria podía reforzar el efecto de las iniciativas emprendidas por las autoridades nacionales, el sector privado y las ONG⁸.
- I.7. Varios Estados miembros han puesto ya en marcha estrategias o planes de acción nacionales en el ámbito de la alimentación, la actividad física y la salud⁹. La actuación comunitaria puede apoyar y completar estas actividades, promover su coordinación y

ⁱ Las notas figuran en el anexo 3 al final del documento.

contribuir a determinar y difundir las buenas prácticas, de modo que otros países puedan beneficiarse de la experiencia adquirida.

II. SALUD Y RIQUEZA

- II.1. Además del sufrimiento humano que provoca, la incidencia creciente de la obesidad tiene repercusiones económicas especialmente importantes. Se calcula que en la Unión Europea la obesidad representa hasta un 7 % de los gastos de salud pública¹⁰, cifra que seguirá aumentando habida cuenta de su tendencia al alza. Aunque no se dispone de datos pormenorizados para todos los Estados miembros de la UE, los estudios realizados ponen de relieve el alto coste económico de la obesidad. Por ejemplo, en un informe elaborado en 2001 por los servicios nacionales de auditoría del Reino Unido se señalaba que sólo en Inglaterra la obesidad era causa de 18 millones de días de baja por enfermedad y de 30 000 muertes prematuras, lo que correspondía a un gasto directo de atención sanitaria de al menos 500 millones de libras al año. Se estimó, además, que el coste más general para la economía, incluidas la disminución de la productividad y las pérdidas de producción, ascendía a dos mil millones de libras al año¹¹. En un informe de 2004 sobre los efectos de la actividad física en la salud, publicado del *Chief Medical Officer* británico, se señalaba que la ausencia de actividad física representaba un coste anual de 8 200 millones de libras (incluidos los gastos relativos a la atención sanitaria y el coste más general para la economía, que se traduce en días de trabajo perdidos)¹². En Irlanda, el coste directo del tratamiento de la obesidad ascendió a aproximadamente 70 millones de euros en 2002¹³. En los Estados Unidos, los centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC, en sus siglas en inglés) evaluaron el coste de la asistencia sanitaria atribuible a la obesidad en 75 000 millones de dólares¹⁴. A nivel individual, los distintos estudios realizados señalan que en los Estados Unidos, los gastos médicos anuales de un adulto medio obeso son un 37 % superiores a los de una persona de peso normal¹⁵. Estos costes directos no tienen en cuenta la reducción de la productividad debida a las discapacidades y a la mortalidad prematura.
- II.2. Un análisis realizado por el Instituto sueco de salud pública concluía que en la Unión Europea, el 4,5 % de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) se pierden debido a una mala alimentación, mientras que un 3,7 % y un 1,4 % más se pierden por causa de la obesidad y la falta de actividad física, es decir, el 9,6 % en total frente al 9 % debido al tabaquismo¹⁶.
- II.3. En un reciente informe del instituto neerlandés de salud pública y medio ambiente (RIVM) se examina la relación entre un régimen alimenticio inadecuado y el deterioro de la salud. Una de las conclusiones a las que llega el informe es que una ingesta excesiva de grasas «nocivas», tales como las grasas saturadas y los ácidos grasos trans aumentan un 25 % la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, mientras que comer pescado una o dos veces a la semana reduce ese riesgo en un 25 %. En los Países Bajos 38 000 casos anuales de enfermedades cardiovasculares entre adultos de 20 años y más pueden atribuirse a una dieta inadecuada¹⁷.
- II.4. Por lo tanto, combatir el problema del exceso de peso y de la obesidad no es sólo importante en términos de salud pública, sino que contribuirá también a reducir a largo plazo los costes para los servicios sanitarios y a estabilizar las economías permitiendo a los ciudadanos tener una vida productiva hasta una edad avanzada. El presente Libro Verde servirá para determinar si, completando las acciones de los Estados miembros, la

intervención comunitaria podría contribuir a reducir los riesgos sanitarios, frenar los gastos de salud y mejorar la competitividad de las economías de los Estados miembros.

III. EL PROCEDIMIENTO DE CONSULTA

III.1. Tal como anunció en su Comunicación «Más salud, seguridad y confianza para los ciudadanos: estrategia de salud y protección de los consumidores»¹⁸, la Comisión prepara una serie de estrategias comunitarias para actuar sobre los principales determinantes de la salud, incluidas la nutrición y la obesidad. En este contexto, el presente Libro Verde tiene por objeto iniciar un amplio proceso de consulta y abrir un debate en profundidad en el que participen las instituciones europeas, los Estados miembros y la sociedad civil a fin de determinar la posible contribución comunitaria a la promoción de una dieta sana y de la actividad física.

III.2. La Comisión invita a todas las organizaciones interesadas a presentar sus respuestas a las cuestiones planteadas en el presente Libro Verde a más tardar el 15 de marzo de 2006, en la siguiente dirección (preferiblemente por correo electrónico):

Comisión Europea

Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores

Unidad C4 – Determinantes de la salud

Dirección electrónica: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int

Dirección postal: L-2920 Luxemburgo

Fax: (352) 4301 34975

Las respuestas no deben consistir en exposiciones científicas, sino en propuestas concretas basadas en pruebas para la elaboración de políticas, principalmente a nivel de la UE. Se espera, en particular, la contribución de los agentes económicos sobre las cuestiones que dependen de su ámbito de interés (por ejemplo, publicidad y técnicas comerciales, etiquetado, etc.), de las asociaciones de pacientes y de las ONG que trabajan en el ámbito de la salud y la protección de los consumidores.

III.3. A menos que los participantes en la consulta se expresen en sentido contrario, los servicios de la Comisión entenderán que están de acuerdo en que sus respuestas se publiquen, total o parcialmente, en el sitio Internet de la Comisión y se citen en los informes de análisis de los resultados del proceso de consulta¹⁹.

III.4. Visto el carácter multifactorial de las enfermedades vinculadas a los malos hábitos alimentarios y a la falta de actividad física, y teniendo en cuenta la necesidad de una respuesta que implique a las distintas partes interesadas, el presente Libro Verde aborda algunas cuestiones que pertenecen esencialmente al ámbito de competencia de los Estados miembros (como la educación, el urbanismo, etc.), pero debería contribuir también a determinar si la UE puede aportar un valor añadido, por ejemplo apoyando la creación de redes entre los distintos interesados y difundiendo buenas prácticas.

IV. ESTRUCTURAS E INSTRUMENTOS A ESCALA COMUNITARIA

IV.1. Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud

IV.1.1. La Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud se creó en marzo de 2005 con el objeto de ofrecer un marco de actuación común. Esta Plataforma reúne a todos los protagonistas pertinentes a nivel europeo que deseen asumir compromisos vinculantes y verificables para contener e invertir la tendencia actual al sobrepeso y a la obesidad. El objetivo consiste en catalizar la acción voluntaria de las empresas, la sociedad civil y el sector público en la Unión Europea. Entre los miembros de la Plataforma están los principales representantes europeos de la industria alimentaria, el comercio minorista, la restauración, la industria publicitaria, las organizaciones de consumidores y las ONG del sector de la salud.

IV.1.2. La Plataforma pretende proporcionar un ejemplo de acción coordinada, pero autónoma, de los distintos sectores de la sociedad con objeto de fomentar otras iniciativas a nivel nacional, regional o local y cooperar con foros similares a escala nacional. Al mismo tiempo, la Plataforma puede aportar ideas para integrar la lucha contra la obesidad en un amplio abanico de políticas europeas. La Comisión considera que la Plataforma es el medio de acción no legislativa más prometedor teniendo en cuenta su posición privilegiada para establecer una relación de confianza entre las principales partes interesadas. Los primeros resultados de la Plataforma son alentadores: la movilización de otras políticas comunitarias es significativa, los miembros de la Plataforma prevén compromisos ambiciosos para 2006, y un encuentro con las partes interesadas de Estados Unidos contribuirá al intercambio de buenas prácticas. Además, los Ministros de Deporte han acordado ofrecer su apoyo a la Plataforma. Una primera evaluación de los resultados obtenidos tendrá lugar a mediados de 2006²⁰.

IV.2. Red europea sobre la nutrición y la actividad física

IV.2.1. En 2003, los servicios de la Comisión establecieron una Red sobre la nutrición y la actividad física, integrada por expertos nombrados por los Estados miembros, la OMS y las ONG activas en el ámbito de la salud y la protección de los consumidores, con el fin de aconsejar a la Comisión sobre el desarrollo de acciones comunitarias destinadas a mejorar la nutrición, reducir y prevenir las enfermedades vinculadas a los regímenes alimentarios, promover la actividad física y luchar contra el exceso de peso y la obesidad. Esta red participará activamente en el análisis de las respuestas al presente Libro Verde.

IV.3. La salud en las políticas de la UE

IV.3.1. La prevención del sobrepeso y de la obesidad pasa por una estrategia integrada de protección de la salud, que combine la promoción de formas de vida sanas con acciones orientadas a combatir las desigualdades sociales y económicas, así como al entorno físico, y con el compromiso de perseguir objetivos de salud a través de otras políticas comunitarias. Este enfoque debería integrarse en otras políticas comunitarias (como agricultura, pesca, educación, deporte, política de los consumidores, empresa, investigación, política social, mercado interior, medio ambiente y sector audiovisual) y beneficiarse de su apoyo activo.

IV.3.2. En la Comisión operan actualmente varios mecanismos para garantizar que las cuestiones relativas a la salud se tienen en cuenta en otros ámbitos de intervención comunitarios:

- se consulta sistemáticamente a la Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores sobre las principales propuestas políticas que emanan de otros servicios de la Comisión;
- el grupo interservicios sobre salud discute las cuestiones de salud con todos los servicios de la Comisión interesados;
- el procedimiento de evaluación de impacto puesto en marcha por la Comisión se estableció como una herramienta para mejorar la calidad y la coherencia del proceso de elaboración de las políticas e incluye la evaluación de impacto sobre la salud.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes:

- ¿De qué manera concreta deberían contribuir, en su caso, las demás políticas comunitarias a la promoción de una alimentación sana y de la actividad física, así como a la creación de entornos que permitan hacer fáciles las opciones sanas?
- ¿Qué tipo de medidas comunitarias o nacionales podrían ayudar a mejorar el atractivo y la oferta de frutas y hortalizas y hacer que éstas fueran más accesibles y asequibles?
- ¿En qué ámbitos vinculados a la nutrición, la actividad física, el desarrollo de instrumentos para analizar las afecciones conexas y el comportamiento de los consumidores se necesita más investigación?

IV.4. El programa de acción en el ámbito de la salud pública

IV.4.1. La importancia de la nutrición, la actividad física y la obesidad se refleja en el Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública²¹, así como en sus planes anuales de trabajo. En el capítulo relativo a la información en materia de salud, el programa apoya actividades destinadas a recoger datos más fiables sobre la epidemiología de la obesidad y sobre cuestiones de comportamiento²². En el marco de este programa, se establece un conjunto comparable de indicadores sobre la situación sanitaria, también en el ámbito de la ingesta alimentaria, la actividad física y la obesidad.

IV.4.2. Dentro del capítulo relativo a los determinantes de la salud, el programa apoya proyectos paneuropeos destinados a promover los hábitos alimenticios sanos y la actividad física, que pueden consistir en planteamientos transversales e integradores que tengan en cuenta los aspectos relativos a los hábitos de vida y las consideraciones medioambientales y socioeconómicas, se dirijan a grupos destinatarios y situaciones clave, y pongan en conexión el trabajo sobre distintos determinantes de la salud²³.

IV.4.3. La propuesta de la Comisión para un nuevo programa en materia de salud y protección de los consumidores²⁴ hace hincapié claramente en la promoción y la prevención, entre otros en el ámbito de la nutrición y la actividad física, y prevé un nuevo campo de actuación en la prevención de enfermedades específicas.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones

siguientes:

- ¿Cómo se puede mejorar la disponibilidad y la comparabilidad de los datos sobre la obesidad, en particular, para determinar con precisión su distribución geográfica y socioeconómica?
- ¿Cómo puede contribuir el programa a sensibilizar a los responsables políticos, los profesionales de la salud, los medios de comunicación y la opinión pública sobre el potencial de los hábitos alimentarios y la actividad física en la reducción del riesgo de enfermedades crónicas?
- ¿Cuáles son los canales de difusión más adecuados para dar a conocer las pruebas de que se dispone al respecto?

IV.5. La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA)

IV.5.1. A través de su asesoramiento científico y asistencia, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria puede contribuir significativamente a las acciones propuestas en materia de nutrición (por ejemplo, en lo que respecta al consumo recomendado de nutrientes o a las estrategias de comunicación sobre los efectos de la alimentación en la salud, dirigidas a los profesionales de la salud, los operadores de la cadena alimentaria y la opinión pública) (*véase el punto V.9 en el que se aborda el papel de la EFSA en la formulación de recomendaciones dietéticas basadas en el enfoque alimentario*).

V. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

V.1. Información de los consumidores, publicidad y estrategia comercial

V.1.1. El objetivo de la política de los consumidores consiste en que las personas puedan elegir su alimentación con conocimiento de causa. La información relativa al contenido nutricional de los productos es un elemento importante a este respecto. Una información clara y coherente sobre los productos alimenticios, junto con una educación adecuada de los consumidores, constituye el primer paso para una elección con conocimiento de causa en materia de alimentación. Con este objetivo, la Comisión presentó una propuesta de Reglamento destinada a armonizar las normas relativas a las alegaciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos²⁵. Esta propuesta incluye el principio del establecimiento de perfiles nutricionales, con el fin de impedir que productos alimenticios cuyo contenido en determinados nutrientes es elevado (sal, materias grasas, grasas saturadas y azúcares) aleguen posibles virtudes nutritivas o beneficios para la salud. La Comisión prevé también modificar las normas actuales en materia de etiquetado de los alimentos.

V.1.2. Por lo que se refiere a la publicidad y las técnicas comerciales, es necesario velar por que no se induzca a error a los consumidores y que sobre todo no se explote la credulidad de los consumidores más vulnerables y, en particular, de los niños, ni su limitada experiencia con los medios de comunicación. Esto se refiere especialmente a la publicidad sobre alimentos ricos en grasas, en sal y en azúcares, como las meriendas hipercalóricas y los refrescos azucarados, así como la comercialización de estos productos en la escuela²⁶. La autorregulación de la industria sería la mejor solución, ya que presenta diversas ventajas frente a la imposición de una normativa en términos de rapidez y flexibilidad. Sin embargo, deberán preverse otras soluciones por si la autorregulación no ofrece resultados satisfactorios.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes:

- En la información nutricional facilitada a los consumidores, ¿cuáles son los principales elementos nutritivos y categorías de productos que deben tenerse en cuenta y por qué?
- ¿Qué clase de formación es necesaria para que los consumidores puedan comprender plenamente la información que figura en las etiquetas de los productos alimenticios, y quién debe impartir dicha formación?
- Constituyen los códigos voluntarios («autorregulación») una herramienta adecuada para limitar la publicidad y la promoción de productos alimenticios con alto contenido energético y pobres en micronutrientes? ¿Qué alternativas deben preverse por si falla la autorregulación?
- ¿Cómo se puede definir, aplicar y controlar la eficacia de la autorregulación? ¿Qué medidas deben adoptarse para evitar que la publicidad, las estrategias comerciales y las actividades de promoción se aprovechen de la credulidad de los consumidores vulnerables y de su limitada experiencia con los medios de comunicación?

V.2. La educación de los consumidores

- V.2.1. El éxito de toda política nutricional, ya sea a nivel nacional o comunitario, pasa fundamentalmente por que los ciudadanos estén mejor informados acerca de la relación entre alimentación y salud y sobre la ingesta y el gasto de calorías, los regímenes alimentarios que reducen el riesgo de padecer enfermedades crónicas y las opciones sanas en relación con los alimentos. Los mensajes a este respecto deben ser lógicos, coherentes, sencillos y claros, y deberán difundirse a través de múltiples canales y en formas adaptadas a la cultura local, la edad y el sexo. La educación de los consumidores contribuirá asimismo a que éstos conozcan mejor los medios de comunicación y puedan comprender el etiquetado nutricional.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes a fin de determinar las mejores prácticas:

- ¿Cómo puede dotarse a los consumidores de los medios adecuados para elegir con conocimiento de causa y actuar con eficacia?
- ¿Cómo pueden contribuir las asociaciones público-privadas a la educación de los consumidores?
- En materia de alimentación y actividad física, ¿qué mensajes clave deben transmitirse a los consumidores?, ¿quién debe transmitirlos y de qué manera?

V.3. Centrar la atención en los niños y los jóvenes

- V.3.1. Durante la infancia y la adolescencia se producen importantes elecciones en cuanto a hábitos de vida, que predeterminan los problemas de salud en la edad adulta. Es pues esencial orientar a los niños hacia comportamientos saludables. La escuela es el medio privilegiado para realizar acciones de promoción de la salud, y puede contribuir a proteger la salud de los niños fomentando una alimentación sana y la actividad física. Además, existen pruebas que demuestran que una alimentación sana mejora la concentración y facilita el aprendizaje. Las escuelas tienen la posibilidad de fomentar entre los niños la práctica diaria de una actividad física²⁷. Deberán examinarse las medidas pertinentes al nivel adecuado.

- V.3.2. Con el fin de evitar que los niños reciban mensajes contradictorios, al esfuerzo de educación en materia de salud por parte de los padres y de las escuelas debe añadirse el esfuerzo de los medios de comunicación, los servicios sanitarios, la sociedad civil y los sectores industriales interesados (*por lo que respecta a las estrategias comerciales dirigidas a los niños, véase el punto V.1*).

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes a fin de determinar las mejores prácticas:

- ¿Qué ejemplos pueden darse para mejorar el valor nutricional de las comidas en el comedor escolar y cómo puede informarse a los padres sobre la manera de mejorar el valor nutricional de las comidas en casa?
- ¿Cuáles son las buenas prácticas en lo que se refiere a la oferta de actividades físicas regulares en las escuelas?
- ¿Cuáles son las buenas prácticas para fomentar las opciones dietéticas saludables en la escuela, en particular en lo que se refiere al consumo excesivo de meriendas de alto contenido energético y de refrescos azucarados?
- ¿Cómo pueden apoyar los medios de comunicación, los servicios sanitarios, la sociedad civil y los sectores industriales interesados los esfuerzos de educación sobre la salud emprendidos en las escuelas? ¿Qué papel pueden desempeñar en este sentido las asociaciones público-privadas?

V.4. Disponibilidad de alimentos, actividad física y educación sobre la salud en el lugar de trabajo

- V.4.1. El lugar de trabajo constituye un lugar privilegiado para fomentar una alimentación sana y la práctica de una actividad física. Los comedores que ofrecen opciones dietéticas saludables y los empleadores que favorecen un entorno propicio a la práctica de una actividad física (por ejemplo, poniendo a disposición duchas y vestuarios) pueden contribuir de manera significativa a la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes a fin de determinar las mejores prácticas:

- ¿Cómo pueden ofrecer los empleadores opciones sanas en los comedores del lugar de trabajo y mejorar el valor nutricional de los platos?
- ¿Qué medidas fomentarían y facilitarían la práctica de una actividad física durante las pausas y durante el desplazamiento desde el domicilio al lugar de trabajo y viceversa?

V.5. Integrar en los servicios sanitarios la prevención y el tratamiento del exceso de peso y la obesidad

- V.5.1. Los servicios sanitarios y los profesionales de la salud están bien situados para ayudar a los pacientes a comprender mejor la relación que existe entre el régimen alimentario, la actividad física y la salud, y para inducir los cambios necesarios en los hábitos de vida. Los profesionales de la salud estimularían considerablemente estos cambios si en consultas habituales informaran a los pacientes y a sus familias sobre las ventajas derivadas de una dieta óptima y de un aumento de la actividad física. Las posibilidades de tratamiento de la obesidad deberían también abordarse²⁸.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes:

- ¿Qué medidas son necesarias, y a qué nivel, para garantizar una mayor integración de la promoción de una alimentación sana y la actividad física en los servicios sanitarios?

V.6. Combatir el entorno propicio a la obesidad

- V.6.1. La actividad física puede formar parte de la rutina diaria (por ejemplo, caminar o desplazarse en bicicleta hasta la escuela o el trabajo en vez de utilizar un medio de transporte motorizado). Las políticas de transporte y urbanismo que tengan en cuenta los medios de transporte no motorizado pueden hacer que los desplazamientos a pie o en bicicleta u otras formas de hacer ejercicio sean fáciles y seguros. Poner vías peatonales y carriles seguros hacia las escuelas a disposición de los peatones y los ciclistas podría ser una solución para combatir la tendencia preocupante al sobrepeso y la obesidad en los niños.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes:

- ¿De qué manera pueden contribuir las políticas públicas a asegurar la integración de la actividad física en la rutina diaria?
- ¿Qué medidas son necesarias para favorecer el desarrollo de entornos propicios a la actividad física?

V.7. Desigualdades socioeconómicas

- V.7.1. Las opciones alimentarias vienen determinadas tanto por las preferencias individuales como por los factores socioeconómicos²⁹. La posición social, los ingresos y el nivel de educación son determinantes de la alimentación y la actividad física. Algunos barrios pueden ser menos propicios a la actividad física y carecer de instalaciones de recreo, lo que puede afectar más a las personas desfavorecidas que a los ciudadanos que disponen de un medio de locomoción o tienen acceso a él. Además un nivel más bajo de educación y un acceso más limitado a la información reducen la capacidad para elegir con conocimiento de causa.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes:

- ¿Qué medidas, y a qué nivel, podrían promover una alimentación sana y la actividad física entre los grupos de población y los hogares que pertenecen a determinadas categorías socioeconómicas a fin de que puedan adoptar formas de vida más sanas?
- ¿Cómo combatir la «concentración» de hábitos nocivos que suele darse con más frecuencia en determinados grupos socioeconómicos?

V.8. Fomentar un enfoque global e integrado para la promoción de regímenes alimentarios sanos y la actividad física

V.8.1. Adoptar un enfoque coherente y global para mejorar la oferta, la asequibilidad y el atractivo de las opciones alimenticias saludables exige tener en cuenta la integración de la alimentación y la actividad física en todas las políticas pertinentes a nivel local, regional, nacional y europeo, así como el desarrollo de entornos favorables y el diseño y la aplicación de instrumentos adecuados que permitan evaluar el impacto de las demás políticas en la salud nutricional y la actividad física³⁰.

V.8.2. La prevalencia de enfermedades crónicas debidas a la alimentación y al sedentarismo varía mucho en función del sexo, la edad y el nivel socioeconómico. Además, los hábitos alimentarios y los comportamientos relativos a la actividad física se encuentran a menudo arraigados en las tradiciones locales y regionales. Por ello, las iniciativas destinadas a fomentar la actividad física y una alimentación sana deben tener en cuenta aspectos como el sexo o las diferencias socioeconómicas y culturales e incluir una perspectiva a lo largo de toda la vida.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes:

- ¿Cuáles son los elementos más importantes de un planteamiento integrado y global destinado a fomentar la actividad física y una alimentación sana?
- ¿Qué papel deben desempeñar a nivel nacional y comunitario?

V.9. Recomendaciones relativas a la ingesta de nutrientes y la formulación de directrices dietéticas basadas en los alimentos

V.9.1. El informe de la OMS/FAO³¹ presenta recomendaciones generales para fijar los objetivos de ingesta de nutrientes y actividad física de la población en el contexto de la prevención de las principales enfermedades no transmisibles.

V.9.2. El proyecto «Eurodiet»³² propone objetivos cuantificados sobre la ingesta de nutrientes por parte de la población y destaca la necesidad de traducir estos objetivos en directrices dietéticas basadas en los alimentos. Estas recomendaciones deberían basarse en modelos dietéticos comunes y tener en cuenta los factores socioeconómicos y culturales.

V.9.3. La Comisión ha solicitado a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) la revisión de sus orientaciones en materia de aporte energético, macronutrientes y fibras alimentarias. Sobre esta base, la EFSA formulará también recomendaciones sobre las ingestas de referencia de micronutrientes en los regímenes alimentarios de la población y, en su caso, sobre otras sustancias de valor nutricional o fisiológico indispensables para una alimentación equilibrada. Además, la EFSA proporcionará el asesoramiento necesario para plasmar las recomendaciones dietéticas relativas a los nutrientes en orientaciones sobre la contribución de los distintos alimentos a una dieta global que contribuya a la protección de la salud a través de una alimentación óptima.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes:

- ¿De qué manera podrían tenerse en cuenta a nivel europeo las diferencias sociales y culturales y los distintos hábitos alimentarios regionales y nacionales en las recomendaciones dietéticas basadas en los alimentos?
- ¿Cómo se puede reducir la divergencia entre los objetivos alimenticios propuestos y los modelos de consumo reales?
- ¿Cómo pueden comunicarse las recomendaciones dietéticas a los consumidores?
- ¿En qué podrían contribuir a lo anteriormente expuesto los sistemas de puntuación de los perfiles alimenticios, como el que se ha puesto recientemente en marcha en el Reino Unido³³?

V.10. Cooperación con terceros países

V.10.1. Actualmente se asiste a nivel internacional a una reflexión sobre el papel general del Codex Alimentarius³⁴ en el ámbito de la nutrición. En consonancia con las indicaciones formuladas en la estrategia global de la OMS para la alimentación, la actividad física y la salud, la Unión Europea comparte la opinión de que sería conveniente examinar de qué manera pueden integrarse las cuestiones de nutrición en el trabajo del Codex sin modificar su actual mandato.

V.10.2. La nutrición, la alimentación y la actividad física deberían ser objeto de una estrecha cooperación entre las autoridades responsables de la reglamentación y las partes interesadas en la UE y en otros países, en los que preocupa la tendencia creciente al exceso de peso y la obesidad³⁵.

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes:

- ¿En qué condiciones debería participar la Comunidad en el intercambio de experiencias y la identificación de las mejores prácticas entre los países de la Unión y los terceros países? En su caso, ¿de qué manera?

V.11. Otras cuestiones

La Comisión desea obtener contribuciones en relación con las cuestiones siguientes:

- ¿Considera que hay aspectos que no se han abordado en el presente Libro Verde y que deberían tenerse en cuenta para examinar la dimensión europea de la promoción de una dieta sana, la actividad física y la salud?
- ¿Qué cuestiones abordadas en el presente Libro Verde deberían considerarse prioritarias y cuáles son menos urgentes?

VI. PRÓXIMAS ETAPAS

- VI.1. Los servicios de la Comisión analizarán atentamente todas las contribuciones enviadas en respuesta al proceso de consulta lanzado con el presente Libro Verde. Antes de junio de 2006 está previsto publicar en el sitio internet de la Comisión un informe en el que se resuman las contribuciones.
- VI.2. A la luz de los resultados del proceso de consulta, la Comisión estudiará el mejor seguimiento posible y estudiará las medidas que sea necesario proponer, así como los instrumentos para su aplicación. Se realizará una evaluación de impacto en función del tipo de instrumento elegido.

ANNEX 1

Figures and Tables

	estimate 2003	estimate 2025
Country	prevalence (%)	prevalence (%)
Austria	9.6	11.9
Belgium	4.2	5.2
Cyprus	5.1	6.3
Czech Republic	9.5	11.7
Denmark	6.9	8.3
Estonia	9.7	11.0
Finland	7.2	10.0
France	6.2	7.3
Germany	10.2	11.9
Greece	6.1	7.3
Hungary	9.7	11.2
Ireland	3.4	4.1
Italy	6.6	7.9
Latvia	9.9	11.1
Lithuania	9.4	10.8
Luxembourg	3.8	4.4
Malta	9.2	11.6
Netherlands	3.7	5.1
Poland	9.0	11.0
Portugal	7.8	9.5
Slovakia	8.7	10.7
Slovenia	9.6	12.0
Spain	9.9	10.1
Sweden	7.3	8.6
United Kingdom	3.9	4.7

source: Diabetes Atlas, 2nd edition, International Diabetes Foundation 2003

Fig. 2: Deaths in 2000 attributable to selected risk factors (European region)
(source: World Health Report 2002)

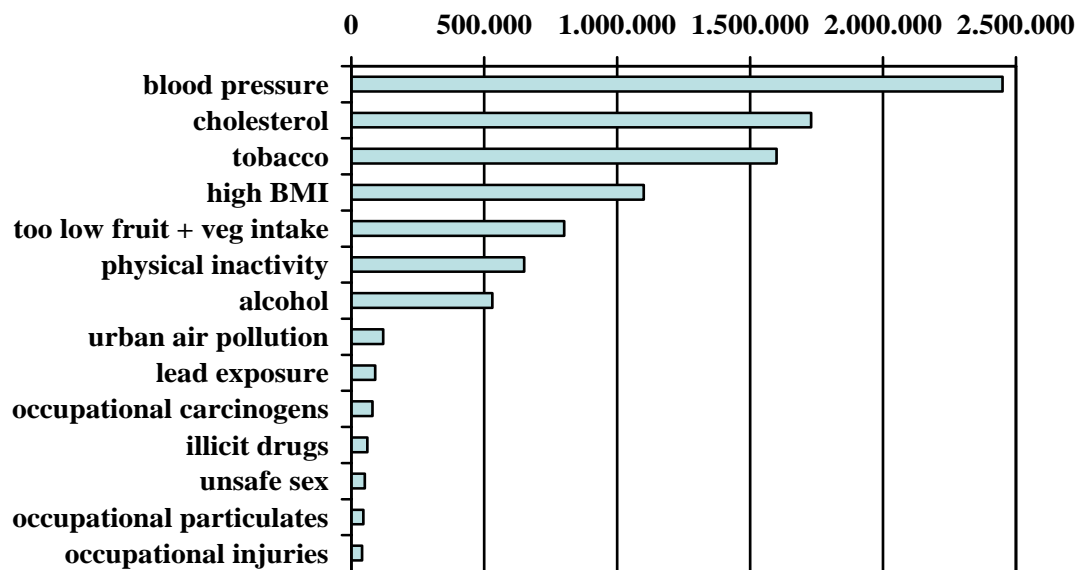


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ⁱⁱ 25-29.9	%BMI \geq 30	%Com-bined BMI \geq 25	%BMI 25-29.9	%BMI \geq 30	%Combined BMI \geq 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	46	26.6	72.6	34.3	23.7	58
Czech Republic	1997/8	48.5	24.7	73.2	31.4	26.2	57.6
Denmark	1992	39.7	12.5	52.2	26	11.3	37.3
England ⁱⁱⁱ	2003	43.2	22.2	65.4	32.6	23.	55.6
Estonia (<i>self reported</i>)	1994-8	35.5	9.9	45.4	26.9	15.3	42.2
Finland	1997	48	19.8	67.8	33	19.4	52.4
France (<i>self reported</i>)	2003	37.4	11.4	48.8	23.7	11.3	35
Germany	2002	52.9	22.5	75.4	35.6	23.3	58.9
Greece	1994-8	51.1	27.5	78.6	36.6	38.1	74.7
Hungary	1992-4	41.9	21	62.9	27.9	21.2	49.1
Ireland	1997-99	46.3	20.1	66.4	32.5	15.9	48.4
Italy (<i>self reported</i>)	1999	41	9.5	50.5	25.7	9.9	35.6
Latvia	1997	41	9.5	50.5	33	17.4	50.4
Lithuania	1997	41.9	11.4	53.3	32.7	18.3	51
Luxembourg		45.6	15.3	60.9	30.7	13.9	44.6
Malta	1984	46	22	68	32	35	67
Netherlands	1998-2002	43.5	10.4	53.9	28.5	10.1	38.6

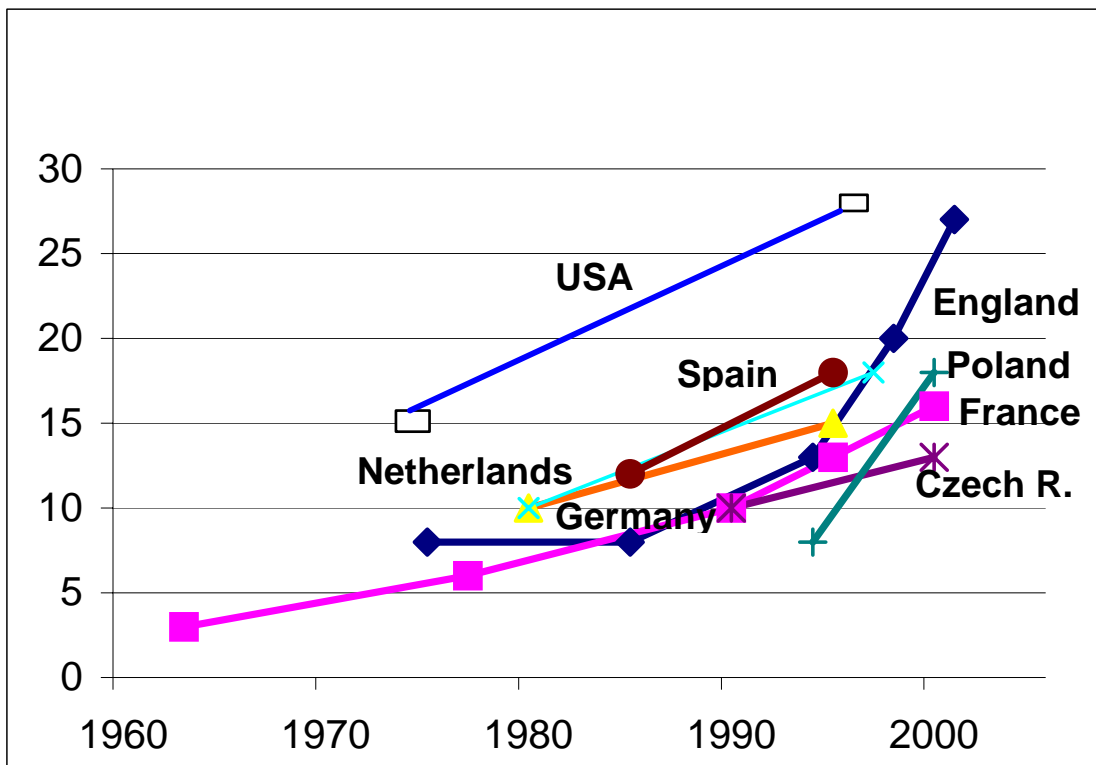
ⁱⁱ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

ⁱⁱⁱ Data from Health Survey for England, which does not include data for Scotland, Wales and Northern Ireland

Poland (self report)	1996	n/a	10.3	n/a	n/a	12.4	n/a
Portugal (urban)	Published 2003	n/a	13.9	n/a	n/a	26.1	n/a
Slovakia	1992-9	49.7	19.3	69	32.1	18.9	51
Slovenia (self reported)	2001	50	16.5	66.5	30.9	13.8	44.7
Spain	1990-4	47.4	11.5	58.9	31.6	15.3	46.9
Sweden (adjusted)	1996-7	41.2	10	51.2	29.8	11.9	41.7

Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. Sources and references are from the IOTF database (© International Obesity Task Force, London – March 2005)

Fig. 2: Rising prevalence of overweight in children aged 5-11 (source: IOTF)



ANNEX 2 - Relationship between diet, physical activity and health

1. The relationship between diet, physical activity and health has been scientifically established, in particular regarding the role of lifestyles as determinants of chronic non-communicable diseases and conditions such as obesity, heart disease, type 2 diabetes, hypertension, cancer and osteoporosis³⁶.
2. Particularly alarming is the increase in the prevalence of **diabetes** (*cf table 1, Annex 1*). Type-2-diabetes, which accounts for over 90% of diabetes cases worldwide, is related to obesity, a sedentary lifestyle and diets high in fat and saturated fatty acids. Both prevention and treatment of type-2 diabetes need to focus on lifestyle changes (weight loss, physical activity, diets low in fat and saturated fatty acids)³⁷.
3. **Cardiovascular diseases** (CVD) are together with cancer the most important causes of death and disease in Europe. Stopping smoking, increasing physical activity levels and adopting healthier diets are the most important factors in the primary prevention of CVD. The key recommendations for CVD prevention are maintenance of normal body weight, moderate physical activity of 30 minutes or more every day and avoidance of excess consumption of saturated fatty acids and salt.
4. Dietary factors are estimated to account for approximately 30% of all **cancers** in industrialized countries³⁸, making diet second only to tobacco as a theoretically preventable cause of cancer. Consumption of adequate amounts of fruits and vegetables, and physical activity, appear to be protective against certain cancers. Body weight and physical inactivity together are estimated to account for approximately one-fifth to one-third of several of the most common cancers³⁹.
5. **Osteoporosis** is a disease in which the density of bones is reduced, increasing the risk of fracture. Around the world, it affects one in three women and one in five men over the age of fifty. Although genetic factors will determine whether an individual is at heightened risk of osteoporosis, lifestyle factors can influence the acquisition of bone mass in youth and the rate of bone loss later in life. The joint WHO/FAO expert consultation⁴⁰ concludes that dietary and lifestyle recommendations developed for the prevention of other chronic diseases may prove helpful to reduce osteoporosis risk.
6. The *World Health Report 2002*⁴¹ describes in detail how a few **major risk factors** account for a significant proportion of all deaths and diseases in most countries (*cf figure 1, Annex 1*). Six out of the seven most important risk factors for premature death (blood pressure, cholesterol, Body Mass Index, inadequate fruit and vegetable intake, physical inactivity, excessive alcohol consumption) relate to diet and physical activity (the odd one out being tobacco). Unhealthy diets and lack of physical activity are therefore the leading causes of avoidable illness and premature death in Europe.
7. The **underlying determinants** of the risk factors for the major chronic diseases portrayed above are largely the same. Dietary risk factors include shifts in the diet structure towards diets with a higher energy density (calories per gramme) and with a greater role for fat and added sugars in foods; increased saturated fat intake (mostly from animal sources) and excess intake of hydrogenated fats; reduced intakes of complex carbohydrates and dietary fibre; reduced fruit and vegetable intakes; and increasing portion sizes of food items. Other important lifestyle-related risk factors,

apart from smoking and excessive alcohol consumption, include reduced levels of physical activity. Of particular concern is the increasingly unhealthy diet and physical inactivity of adolescents and children.

8. As relatively few risk factors cause the majority of the chronic disease burden, the related morbidity and mortality is to a great extent preventable. It is estimated that up to 80% of cases of coronary heart disease, 90% of type 2 diabetes cases, and one-third of cancers can theoretically be avoided if the whole population followed current guidelines on diet, alcohol, physical activity and smoking. Addressing lifestyle factors such as nutrition and physical activity therefore has an enormous potential for the prevention of severe morbidity and mortality.
9. **Obesity** (BMI⁴² >30) is a risk factor for many serious illnesses including heart disease, hypertension, stroke, type-2-diabetes, respiratory disease, arthritis and certain types of cancer. The rising prevalence of obesity across Europe (*cf. Annex 1, table 2*), particularly among young people (*cf. Annex 1, fig. 2*), has alarmed health experts, the media and the population at large, and is a major public health concern.
10. Evidence from population surveys suggests that obesity levels in the EU have risen by between 10-40% over the past decade, and current data suggest that the range of obesity prevalence in EU countries is from 10% to 27% in men and up to 38% in women⁴³. In some EU countries more than half the adult population is overweight⁴⁴ (BMI >25), and in parts of Europe⁴⁵ the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey⁴⁶. Despite efforts by individuals the loss of health to the population as a whole due to unhealthy diets and inactivity is extraordinarily high: a small increase in Body Mass Index (BMI), e. g. from 28 to 29, will increase the risk of morbidity by around 10 %⁴⁷.
11. The number of EU children affected by overweight and obesity is estimated to be rising by more than 400,000 a year, adding to the 14 million-plus of the EU population who are already overweight (including at least 3 million obese children); across the entire EU25, overweight affects almost 1 in 4 children⁴⁸. Spain, Portugal and Italy report overweight and obesity levels exceeding 30% among children aged 7-11. The rates of the increase in childhood overweight and obesity vary, with England and Poland showing the steepest increases⁴⁹.
12. The factors underlying the onset of obesity are widely known (high intake of energy dense micronutrient poor foods or sedentary lifestyles are the most convincing factors determining obesity risk; high intake of sugars sweetened soft drinks and fruit juices, heavy marketing of energy dense foods or adverse socioeconomic conditions are also probable determining factors. High intake of non starch polysaccharides and regular physical activity are convincing factors lowering obesity risk; breastfeeding and home or school environments supporting healthy food choices for children are also probable lowering factors). It should however be borne in mind that for some people it is going to be harder to maintain a healthy weight than for others because they are genetically disposed to storing fat, or because they have genetic dysfunctions which make it difficult for them to control the feeling of hunger. In fact, even if some scientists⁵⁰ estimate that 40-70% of the variation in fat mass between individuals is determined by genetic factors, environmental factors remain important and determine the expression of these genes in individuals; addressing the "obesogenic environment" (*cf section V.6*) therefore has a strong potential to curb obesity⁵¹.

13. While the effects of diet and **physical activity** on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits from physical activity that are independent of nutrition and diet. Likewise, there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity.
14. Weight gain in an individual is the result of an excess of energy consumed as food over energy expenditure. There is a strong tendency for excess weight to continue to accumulate from childhood through to middle age. It is therefore important to achieve an optimum body weight throughout life through proper diet and daily physical activity. In addition to promoting overall feelings of wellbeing and apart from weight management aspects, physical exercise has also independent positive effects on the prevention of diseases such as cardiovascular disease, type II diabetes, osteoporosis and depression, and contributes to maintaining muscular strength in older age.
15. To maintain cardiovascular health, the recommended daily amount of exercise is at least 30 minutes for most of the days of the week. There is no general agreement on the level of physical activity needed to prevent weight gain, but a total of one hour on most days of the week is probably needed. However, all physical activity increases energy consumption and contributes to weight management⁵².
16. A 2003 Eurobarometer survey⁵³ showed that around 60 % of Europeans (EU 15) had no vigorous physical activity at all in a typical week, and more than 40 % did not even have moderate physical activity in a typical week. Europe-wide, only about one third of schoolchildren appear to be meeting recognised physical activity guidelines⁵⁴. Exercising seems to be more common among people who claim they eat healthily and do not smoke, which is in line with the generally observed “clustering of good habits”.
17. The **WHO Global Strategy on diet, physical activity and health** was adopted by the World Health Assembly in May 2004⁵⁵ as an outcome of a global consultation process and consensus-building exercise. The Global Strategy underlines the importance of achieving a balanced diet reducing the consumption of fats, free sugars and salt, of increasing the intake of fruits, vegetables, legumes, grains and nuts, and of performing moderate physical activity during at least 30 minutes a day.
18. The Community has actively supported the WHO Global Strategy process since its beginning. The Global Strategy can serve as an extremely valuable input in the development of a comprehensive Community action on nutrition and physical activity, and active use should be made of the scientific evidence underpinning it⁵⁶ when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

ANNEX 3 - REFERENCES

-
- ¹ Council Conclusions of 2 December 2003 on healthy lifestyles: education, information and communication (2004/C 22/01) - Official Journal of the European Union C 22/1 of 27.1.2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- ² Council Resolution of 14 December 2000 on health and nutrition (2001/C 20/01) - Official Journal of the European Communities C 20/1 of 23.1.2001.
- ³ Council conclusions on obesity, nutrition and physical activity (adopted on 03.06.2005)
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- ⁴ Council conclusions on obesity, op cit.
- ⁵ actions which include e. g. the food industry, the advertising industry, the retailers, the caterers, NGOs and consumer organisations, local, regional and national Governments, schools and the media
- ⁶ Council conclusions on obesity, op cit.
- ⁷ Council conclusions on obesity, op cit.
- ⁸ Opinion of the European Economic and Social Committee on Obesity in Europe – role and responsibilities of civil society partners, SOC/201, September 2005
http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_acdoc&language=EN
- ⁹ Member States launched in recent years a number of initiatives to promote healthy nutrition and physical activity. Some Member States like Ireland (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) and Spain (<http://www.msc.es/home.jsp>) established National Strategies to counter obesity, involving Public Administrations, independent experts, the food industry, the physical activity sector, NGOs etc. in multi-sectorial actions aimed at promoting healthier diets and physical activity. France launched in 2001 a four year national healthy nutrition plan (<http://www.sante.gouv.fr/>), covering a wide range of measures at the inter-sectorial level, with the objective to reduce the prevalence of obesity and overweight. More recently, in March 2005 the Slovenian Parliament approved a National Nutrition Policy Programme for 2005–2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). The Netherlands integrated obesity as one of the priorities of its national health care prevention policy (<http://www.minvws.nl/>). Nutrition and physical activity are also mentioned as an important area for public health action in the United Kingdom's White Paper Choosing health: making healthier choices easier, released in November 2004 (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor). Germany established a national platform for nutrition and physical activity (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>)
- ¹⁰ Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- ¹¹ National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England*. http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- ¹² Chief Medical Officer (2004) At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London: Department of Health <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- ¹³ Obesity - the Policy Challenges: the Report of the National Taskforce on Obesity. Dublin 2005
- ¹⁴ Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obesity Research*, 12, 18-24
- ¹⁵ Finkelstein EA, et al., (2003), National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying?, *Health Affairs*, Vol. 10, No.1377; quoted from: Ad hoc Group on the OECD Health Project, Workshop on the Economics of Prevention, 15 October 2004, Cost-effectiveness of Interventions to prevent or

treat Obesity and type-2 diabetes, A preliminary review of the literature in OECD countries, SG/ADHOC/HEA (2004) 12, 2004

¹⁶ Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>

¹⁷ The RIVM report 'Measuring Dutch meals: Healthy diet and safe food in the Netherlands' recommends increasing fish consumption from the average consumption (1998) of 2 to 3 times per month to 1 or 2 times per week. It should be noted that in the Netherlands, consumption of fish (per capita consumption: 20.5 kg/head/year) is at the mid point for EU25; Austria, Germany, Ireland, the United Kingdom, Belgium and Luxemburg and all of the new Member States apart from Malta, Cyprus and Estonia are below the Dutch level of consumption. Three Member States (Hungary, Slovakia and Slovenia) are at only one third of the Dutch consumption level. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>

¹⁸ COM(2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

¹⁹ A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm

²⁰ Further information on the work of the Platform is available at the following internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm

²¹ More information on the scope of the Public Health Action Programme, the conditions for participation in the calls launched under the Programme, and on projects financed so far can be found at the following internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.

²²i. a. the Working Party ' Lifestyle and other Health Determinants ' aims at improving the availability of comparable information on nutritional habits and physical activity levels in Europe. Its Scientific Secretariat can be contacted at [public.health@mailbox.tu-dresden.de]

²³Numerous Commission financed projects in particular under the former Cancer, Health Promotion and Health Monitoring Programmes have developed activities in the field of nutrition, physical activity and health. An overview of these initiatives is set out in the *Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe, 2002* (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_en.pdf)

²⁴ http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

²⁵ Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on nutrition and health claims on foods COM (2003) 424 final; 16/07/2003

²⁶ cf Gerard Hastings et al: Review of research into the effects of food promotion to children - Final Report Prepared for the Food Standards Agency; 22 September 2003 <http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>

²⁷ cf also Universität Paderborn, et al. (2004): "Study on young people' s lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance" <http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>

²⁸ these include dietary therapy (instruction on how to adjust a diet to reduce the number of calories eaten), physical activity, behaviour therapy (acquiring new habits that promote weight loss), drug therapy (to be used in high BMI patients or patients with obesity-related conditions together with appropriate lifestyle modifications and under regular medical control), and surgery (in extremely high BMI patients or patients with severe obesity-related conditions, used to modify the stomach and/or intestines to reduce the amount of food that can be eaten)

²⁹ Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96.,2004

³⁰ Information and communication technologies can play an important role in health promotion by providing sound and high-quality information on lifestyle and diet. This can be done, for example, through personal devices highlighting individualised health information that can give feedback, guidelines, forewarning, and can help to avoid acute events resulting from unhealthy lifestyles. A number of Community supported projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART (<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)

³¹ Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.* The recommendations include: Achieve energy balance for weight control; Substantially increase levels of physical activity across the life span; Reduce energy intake from fat and shift consumption from saturated fats and trans-fatty acids towards unsaturated fats; Increase consumption of fruit and vegetables as well as legumes, whole grains and nuts; Reduce the intake of “free” sugars; Reduce salt (sodium) consumption from all sources and ensure that salt is iodized.

³² EURODIET core report, *op. cit.*
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)

³³ cf Mike Rayner et al: Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and children’s diets; Final report; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; October 2004

<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutrientprofilingfullreport.pdf>

³⁴ The Codex alimentarius Commission was created in 1963 by the Food and Agriculture Organisation (FAO) and the World Health Organisation (WHO) to develop food standards, guidelines and related texts such as codes of practice under the Joint FAO/WHO Food Standards Programme. The main purposes of this Programme are protecting health of the consumers and ensuring fair trade practices in the food trade, and promoting coordination of all food standards work undertaken by international governmental and non governmental organizations. http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp

³⁵ In this context, the scope for more proactive EU-US cooperation will be examined, and a major review of best practices in EU and US will be organised early 2006 with relevant US administration counterparts. Also, the broad regulatory EU-US dialogue which has started in this field will be intensified. Moreover, a plenary meeting of the European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health will be convened together with representatives of the US Administration, the American food industry and consumer organisations.

³⁶ cf *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)

³⁷ cf Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation, 2004

³⁸ Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996:197—221; quoted from: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

³⁹ Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 6); quoted from: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

⁴⁰ Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

⁴¹ World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organisation, 2002

⁴² BMI = Body Mass Index: a person’s weight in kg divided by (height in metres)² ; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

⁴³ International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

⁴⁴ The European Health Report, World Health Organisation, 2002

⁴⁵ Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

⁴⁶ International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

⁴⁷ Fogel, R. W. (1994), ‘Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy’, *The American Economic Review*, 84(3): 369–395; quoted from: Suhrcke M. et al, The contribution of health to the economy in the European Union, http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf

⁴⁸ Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004

49 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*
50 G Barsh, IS Farooqi and S O’Rahilly: Genetics of body weight regulation; Nature 2000;404:644-651
51 DIABESITY project funded under the EU’s 6th RTD Framework Programme:
http://www.eurodiabetes.org/
52 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*
53 European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6/ Wave 58.2- European
Opinion Research Group (EEIG).
http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf)
54 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002
55 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf
56 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*